90068



L'UNION MÉDICALE



Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

90068

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-NEUVIÈME

900.

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1890

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

M. le professeur Sée, membre de la Commission nommée par l'Académie pour examiner les instructions relatives à la prophylaxie de la tuberculose, s'est séparé de cette commission sur un certain nombre de points : il ne croit pas à la contagion directe entre époux, à la contagion par l'air atmosphérique. Cependant il croit que les crachats des tuberculeux sont virulents et que les poussières de ces crachats mélangées à l'air rendent celui-ci virulent; donc l'air est virulent, quoi qu'en dise M. Sée. Il y a là, de la part de l'honorable académicien, une contradiction évidente que M. Hérard a signalée.

M. Sée ne croit pas non plus au danger provenant de l'usage du lait et de la viande des animaux tuberculeux; M. Hérard est d'un avis contraire, comme MM. Cornil, Bang, etc. Nous n'avons pas à revenir sur ces points, qui ont été étudiés contradictoirement par d'autres expérimentateurs, et sur lesquels nous nous sommes suffisamment expliqué précédemment.

En déclarant que les prédispositions sont inconnues, M. Sée s'en prend à plusieurs de ses confrères, M. Lancereaux entre autres, qui défendra probablement ce qu'il a dit à ce sujet de l'alcoolisme.

FEUILLETON

CAUSERIE

Si je ne considérais que les intérêts de la corporation médicale, je souhaiterais, chers lecteurs, que l'épidémie actuelle durât jusqu'au moment où elle sera remplacée par celle que nous prédisent pour le printemps prochain ceux qui sont la loi et les prophètes — et que la seconde soit suivie par une troisième..., à condition, bien entendu, que lesdites épidémies n'atteignent pas les médecins. Mais j'aime trop l'humanité pour désirer son malheur, aussi ne formulerai-je pas un vœu semblable.

On a beau dire que les médecins sont sur les dents, ce qui veut dire qu'ils sont très occupés et par suite qu'ils seront très honorés, bon nombre d'entre eux sont dans leur lit et, par suite, ne profitent pas de cette manne dorée. La mort même ne les épargne pas plus que leurs clients, et je ne puis me rappeler sans attendrissement la fin si regrettable de M. le professeur Damaschino, victime du devoir professionnel. On sait que ce jeune maître, si aimé de ses élèves et de ses collègues, appelé pendant la nuit auprès d'un de ses clients, prit froid et contracta une congestion pulmonaire, qui, greffée sur une affection cardiaque, détermina des accidents rapidement mortels. Et que d'autres ont failli succomber aussi aux atteintes de l'épidémie, MM. Bucquoy, Ollivier, C. Paul, Desprès, etc., auxquels nous adressons nos sincères félicitations pour avoir échappé au danger qu'ils ont couru !

— Parmi les causes des ravages de l'épidémie actuelle de grippe dans les lycées et autres établissements d'instruction, on a rangé le surmenage intellectuel, qui contribue à diminuer la force de résistance des enfants aux maladies. Comme coïncidence bonne à noter, signalons la déclaration faite par M. Brouardel à l'Académie, et d'après laquelle des réformes ont été adoptées par le Conseil supérieur de l'instruction publique dans le but de diminuer les heures d'étude et d'augmenter celles de récréation et de sommeil. — L.-H. P.

De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 octobre 1889,

Par le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance
à la Polyclinique générale de Rio-Janeiro.

L'acquisition du strophantus constitue, pour la thérapeutique, un progrès indéniable; accueilli d'abord avec indifférence, il ne tarda pas à inspirer, tout dernièrement, la plus haute confiance aux cliniciens qui se sont livrés à de nombreuses recherches faites sur ses propriétés thérapeutiques, en Allemagne, en Angleterre, en France et en Italie.

Au milieu des discussions plus ou moins passionnées qu'on a entamées au sujet de ce médicament au sein des Sociétés savantes, il subsiste un fait sans conteste, à savoir : la grande puissance dudit médicament au titre de cardiaque et de diurétique.

Je n'ai nullement l'intention de m'occuper ici de la discussion des propriétés physiologiques de la plante en question et de celles de son alcaloïde; cela a déjà été le sujet d'un assez grand nombre de recherches publiées dans presque toutes les littératures médicales. Mon seul but est de faire connaître le résultat des recherches cliniques que j'ai faites dans le domaine de la thérapeutique infantile, relativement au *strophantus*, sous forme de *teinture alcoolique*.

De la mort à l'inhumation il n'y a qu'un pas ; franchissons-le. Quatrelles, dans le *Figaro* du 1er janvier, dit avoir lu le cas d'un paysan des environs de Rodez que l'on a mis en terre après une attaque de paralysie et vingt-quatre heures de rigidité parfaite. Le fossoyeur entend le lendemain plusieurs coups frappés à l'intérieur de la bière ; il fuit à toutes jambes et, arrivé chez lui, s'évanouit. Revenu à lui, il raconte ce qu'il a entendu. La foule court au cimetière, on ouvre le cercueil ; le malheureux paysan, encore chaud, venait de mourir asphyxié.

Ainsi raconté, ce fait peut faire une grande impression sur la foule; mais la rédaction pèche beaucoup au point de vue scientifique. En effet, ce qui frappe surtout, et ce qui paraît être dans le récit le point capital destiné à prouver que le défunt avait été enterré vivant, c'est que le malheureux paysan était encore chaud. Or, on sait très bien ce qui se passe après la mort : le cadavre devient rigide, puis, sous l'influence des putréfactions qui s'y développent, se ramollit et devient chaud. C'est très probablement ce qui s'est passé dans le cas actuel : le cadavre était rigide au moment où on l'a enseveli dans son cercueil, puis il s'est putréfié, et on l'a trouvé chaud lorsqu'on a ouvert la bière. Quant aux bruits perçus par le fossoyeur, de quelle nature étaient-ils ? Comment a-t-il pu reconnaître qu'ils provenaient de l'intérieur d'un cercueil recouvert de six pieds de terre, ce qui amortit singulièrement les bruits ? Voilà ce qu'il est difficile d'expliquer.

J'ai été, en 1888, le premier à essayer, chez les jeunes sujets, l'emploi du strophantus, et déjà, dans un mémoire que je présentai en collaboration avec mon distingué chef de clinique, M. le docteur Cl. Ferreira à la Société de médecine de Paris (*Sur l'emploi clinique du strophantus*, Paris, 1888), je relatais en détail des observations concernant quatre enfants, dont deux de 15 mois et deux de 3 et 7 ans, chez lesquels l'administration de la teinture anglaise de cette plante, à la dose de VI à X gouttes par vingt-quatre heures, amena une amélioration notable du côté du fonctionnement du cœur et de la sécrétion rénale.

Chez trois de ces enfants cardiaques, la tonicité du cœur, sensiblement diminuée, se releva de suite; les contractions, d'abord irrégulières, reprirent leur rythme normal; le pouls se releva; enfin, la diurèse augmenta.

Chez un petit sujet de 15 mois, atteint de maladie bleue, et dont l'insuffisance cardiaque déterminait des syncopes fréquentes, l'énergie du cœur reconquise, grâce à l'emploi du strophantus, fit disparaître ce grave accident.

Ces premiers essais couronnés de succès m'encouragèrent à les continuer, et ce sont les résultats de mes nouvelles recherches thérapeutiques, pratiquées chez les enfants, sur le strophantus, qui font le sujet de cette communication.

Je me suis trouvé à même d'essayer l'emploi du strophantus dans presque toutes les périodes de l'enfance : mes plus jeunes sujets n'avaient que 15 mois; le plus âgé avait atteint sa quinzième année. Chez tous ces jeunes malades, la tolérance pour le médicament n'a rien laissé à désirer, même chez les moins avancés en âge, et, dans tous les cas, j'ai pu constater l'influence puissante du strophantus sur la force musculaire du cœur, dont il réglait en même temps le rythme. Cette action tonique sur le cœur se manifesta presque toujours très promptement et même, quelquefois, avec une énergie surprenante. La tension artérielle se releva également

---

Quatrelles, s'élevant contre le danger des inhumations prématurées, cite encore à l'appui de sa thèse « certaine artiste du théâtre du Gymnase, mignonne à plaisir, qui avait quelque peu tourné la tête au roi Victor-Emmanuel lors de son voyage à Paris. Elle mourut quelque temps après le départ de son illustre adorateur. On voulut la changer de tombe, ce qui nécessita que son cercueil fût ouvert : on constata qu'elle s'était « rongé l'épaule. »

Ce récit manque encore un peu de raison démonstrative et convaincante. Pour me convaincre que la malheureuse artiste s'était elle-même rongé l'épaule, M. Quatrelles aurait dû ajouter au moins deux détails, à savoir que la plaie était saignante ou avait saigné, et qu'on avait retrouvé des fragments de chair dans l'estomac du cadavre. Faute de ces preuves, je reste incrédule, car l'épaule a tout aussi bien pu être dévorée par un rat que par la défunte.

Je n'ai pas assez présente à l'esprit l'histoire d'il y a vingt ans pour me rappeler ce qui se passa alors ; mais il paraît, d'après Quatrelles, qu'un projet de loi fut soumis aux Chambres pour éviter le retour de pareilles atrocités. Le gouvernement proposait la création de salles d'attente dans les cimetières. On trouva la dépense excessive. Un député s'écria : « On constate d'ailleurs, messieurs, fort peu de cas d'enterrements prématurés. »

Quatrelles somme le ministre de l'intérieur de faire rechercher dans les archives du Corps législatif le nom de ce misérable et, si cet assassin est encore vivant, de le faire

dans beaucoup de cas, mais sa régularisation ne laissa jamais d'être observée.

Enfin, un fait digne de remarque, c'est l'influence constante du médicament sur la sécrétion urinaire, dont le taux quotidien est monté plus ou moins vite, à quelques exceptions près.

Dans plusieurs des cas qui sont restés encore quelque temps soumis à mon observation, après l'interruption de l'emploi du strophantus, j'ai pu me rendre bien compte de la durée des effets ci-dessus indiqués, ce qui rend incontestable la supériorité du strophantus sur ses congénères, encore à ce dernier point de vue, du moins, dans l'enfance. Cette rapidité d'action, d'une part, et la parfaite innocuité du médicament, même chez les plus jeunes sujets, d'autre part, permettent de regarder le strophantus comme le médicament cardiaque par excellence de l'enfance.

Chez tous mes malades, je n'ai eu recours qu'à la teinture alcoolique au 1/20e, d'après la formule de Fraser; elle a parfaitement réussi dans tous les cas, ainsi qu'on pourra s'en convaincre à la lecture des observations qui suivent.

Je ne dirai rien de l'action du strophantus comparée à celle de la strophantine, dont je n'ai pu, jusqu'aujourd'hui, me procurer aucun échantillon. Je me crois néanmoins autorisé à affirmer que les effets thérapeutiques observés par moi chez les enfants, avec la teinture alcoolique de la plante, n'ont rien laissé à désirer jusqu'à ce jour, et qu'ils semblent à peu près identiques à ceux de la strophantine, qui n'a pas encore, que je sache, été essayée chez les enfants.

Les doses administrées ont varié de IV à XVIII gouttes, dans les vingt-quatre heures, dans une potion à prendre en trois fois.

La teinture de strophantus a été employée chez des enfants atteints de lésions mitrales avec hyposystolie accompagnée d'arythmie cardiaque, d'oligurie et de quelques-uns des phénomènes subjectifs les plus communs dans les cardiopathies de l'enfance : palpitations, oppression précordiale, essoufflement, insomnies, etc.

---

enterrer. Cela fera un cas de plus. Evidemment, c'est ce député qui est la cause de l'enterrement prématuré du malheureux paysan des environs de Rodez.

Maintenant c'est le tour des médecins. « J'entends qu'à l'avenir, dit le trop spirituel fantaisiste du *Figaro*, tout médecin qui aura constaté un décès à tort et donné un vivant à enterrer, soit enfoui à sa place. La victime, extraite du cercueil en quelque état qu'elle soit, sera pour quelque temps installée dans la famille du coupable, dont elle occupera partout la place.

« Tout médecin en contravention subira : pour une première erreur, huit jours de cercueil cellulaire; quinze jours la seconde fois ; uu mois..... Il me semble inutile d'en prévoir davantage. Je doute qu'un seul docteur recommence... »

Tout cela est bel et bon ; mais d'abord, cher Quatrelles, avant de vouloir rendre les médecins responsables des erreurs qu'ils peuvent commettre dans la constatation d'un décès, il faudrait qu'ils pussent, à l'aide d'un procédé infaillible, affirmer que le sujet soumis à leur appréciation est bien et dûment défunt. Or, ce moyen... (Frémissez!) n'existe pas scientifiquement. Beaucoup de médecins, et des plus éminents, le professeur Bouchut entre autres, ont recherché un signe qui permît de faire cette constatation sans commettre d'erreur, et leurs études, malgré leur minutie et leur précision, ont été reconnues insuffisantes. A telles enseignes que l'Académie des sciences a proposé, comme sujet d'un de ses prix pour l'année 1890 (prix Dusgate, 2,500 francs), la question des signes diagnostiques de la mort et des moyens de prévenir les inhumations précipitées. Et malgré cette somme, je n'ose pas encore assurer que le prix sera décerné.

Chez tous ces enfants, ces symptômes subirent un amendement, parfois immédiat, et finirent par disparaître plus ou moins complètement; la force du cœur se releva; la tension artérielle augmenta et la fonction rénale s'activa sensiblement.

Les observations qui suivent serviront d'exemples et de preuves à l'appui.

OBSERVATION I[re]. — Iracéma, 6 ans 1/2, née à Rio, est présentée au service du docteur Moncorvo, à la Polyclinique, le 26 novembre 1888.

Crâne rachitique. Incisives supérieures érodées en hache; adénopathies sous-maxillaire, cervicale et inguinale. Eruption papuleuse généralisée.

Il y a un an environ, après avoir éte frappée d'un refroidissement, cette fillette fut prise d'un rhumatisme articulaire aigu, intéressant particulièrement les articulations des genoux. Ces accidents ne cédèrent qu'au bout d'un mois, non sans laisser à leur suite des déterminations cardiaques se traduisant par des douleurs assez vives à la région précordiale, des essoufflements, etc.

A l'auscultation, on constate un bruit de souffle à la pointe, se propageant vers l'aisselle gauche, et occupant les deux temps de la révolution cardiaque. Dépression pleuro-costale faisant croire à l'existence d'adhérences péricardo-costales. Arythmie très notable des battements du cœur. Pouls faible, irrégulier, petit, fréquent. Essoufflement; fatigue au moindre exercice. Urines rares; 350 grammes dans les vingt-quatre heures.

Teinture anglaise de strophantus, VIII gouttes en trois doses.

Le 28 novembre. — La quantité d'urine a augmenté; une circonstance imprévue m'a empêché de déterminer exactement cette quantité, pour les vingt-quatre heures. Les battements du cœur sont mieux rythmés. Pouls, 104; T. A., 37° 6'. Accès de fièvre hier matin.

On suspend l'emploi du strophantus, et on prescrit le chlorhydrate de quinine.

Le 29. — Pas de fièvre. rythme cardiaque plus régulier. Pouls, 100. Essoufflement beaucoup moins accusé.

Teinture anglaise de strophantus, VIII gouttes en deux doses.

Le 1er décembre. — Un accident imprévu a empêché qu'on administrât, hier, la teinture de strophantus. Pouls, 96. La situation du cœur continue à s'améliorer.

Strophantus.

Vous voyez, mon cher Quatrelles, qu'il faudra encore attendre un peu avant de condamner les médecins à remplacer dans la tombe les malheureux qu'ils auront déclarés défunts. Quant à votre moyen de conserver pendant un certain temps les cadavres supposés, que deviendra-t-il en temps d'épidémies, comme actuellement par exemple, où la mortalité, à Paris, est de plus de 400 personnes par jour? Où loger tous ces clients? Réfléchissez encore un peu, s'il vous plait, avant de lancer les ministres dans la voie où vous voulez les engager.

*
* *

— Mais, allez-vous vous écrier, comment se fait-il que les médecins ne soient pas encore en possession d'un moyen capable de dire d'une manière certaine qu'un individu est mort ou vivant? Hélas! la science ne marche pas aussi vite qu'on voudrait. Lorsqu'il s'est agi de faire servir le microscope à l'étude des tumeurs, que de peine les jeunes chirurgiens d'il y a quarante ans n'ont-ils pas eue à vaincre l'opposition et les ténèbres de l'ignorance? On les abreuvait de railleries. Que n'a-t-on pas dit des chirurgiens microscopiques, alors que l'un d'eux avait bien 5 pieds 6 pouces et était gras à l'avenant? Eux, de leur côté, se sont bien un peu vengés aussi, et Broca a bien ri un jour où il fut convoqué par un chirurgien de Bordeaux à lui faire le diagnostic, au microscope, d'une tumeur qu'il venait d'extirper. Broca fait une coupe, examine, et dit : « C'est un encéphaloïde. »

« Voyons, dit le chirurgien mort depuis longtemps et qui n'a pas laissé un bagage

Le 2. — Urines, 800 grammes (une augmentation de 450 grammes à la suite du strophantus). Pouls 80, régulier.

Teinture de strophantus.

Le 3. Urines, 800 grammes. Battements cardiaques assez réguliers; bruit de souffle moins accusé. Troubles subjectifs fort amendés. Pouls, 80.

Tolérance parfaite du médicament.

Le deuxième tracé sphygmographique démontre les modifications apportées par le strophantus à la tonicité et au rythme cardiaques ainsi qu'à la tension artérielle.

On continua, pendant quelques jours, le traitement par le strophantus, et les effets ci-dessus constatés ne se démentirent pas.

Obs. II. — Le 1er juin 1889, je reçus dans mon service, à la Polyclinique, une fillette de 7 ans, atteinte de coxalgie gauche, depuis près d'un an. Sa mère est cardiaque, et son père présente des signes manifestes de tuberculose pulmonaire.

L'enfant est pâle, faible, et se trouve plus abattue depuis qu'elle est forcée de conserver l'immobilité à laquelle la condamne, depuis si longtemps, sa lésion articulaire.

A l'âge de trois ans, elle fut atteinte de coqueluche; à la suite de cette maladie, elle contracta une broncho-pneumonie qui dura plus d'un mois.

Dès cette époque, elle a été sujette à des palpitations et se fatigue beaucoup et facilement. Lorsqu'avant sa coxalgie elle marchait vite, ou courait, elle était vite essoufflée. Son père affirme que le médecin qui a soigné l'enfant, lors de son affection pulmonaire, avait remarqué de l'œdème des membres inférieurs : cette particularité le poussa à soupçonner quelque complication cardiaque qu'il semble, d'ailleurs, avoir constatée à cette époque à l'auscultation.

Quelques jours après son admission, en me livrant à l'examen du cœur de cette fillette, je fus à même de constater l'extrême faiblesse des battements du cœur : ils étaient, d'ailleurs, extrêmement arythmiques. On distinguait des faux pas du cœur, des contractions fréquentes de cet organe. Toutefois, et à cause même de la faiblesse cardiaque, on ne pouvait percevoir aucun bruit anormal. Le pouls, très petit, était extrêmement irrégulier et intermittent.

Enfin, on nous assure que, depuis longtemps déjà, l'émission de l'urine se faisait dans des proportions sensiblement médiocres.

Le 21 juin on prescrivit à la malade de la teinture anglaise de strophantus à la dose de XII gouttes, en 3 doses.

---

scientifique bien énorme, voyons! » Et il met son œil sur l'oculaire... « Parfaitement! je vois très bien les éléments nerveux ! — Mais non, dit Broca. — Mais si, répond l'autre, puisque c'est un encéphaloïde ! »

Et un autre jour, faisant voir des préparations de sclérose en plaques à un de ses collègues... « Je ne vois pas de plaques », dit le collègue!

Et cependant la science marche ! Et j'espère bien qu'elle continuera nonobstant à marcher.

Simplissime.

Pilules de créoline. — Spœth.

Créoline		6 grammes.
Alcool dilué		1 —
Extrait de réglisse	âà	6 —
Poudre de réglisse		
Gomme adragante		1 —

F. s. a. 100 pilules, qui contiennent chacune 6 centigrammes de créoline. — Ces pilules sont conseillées pour arrêter les processus de fermentation anormale du contenu intestinal, dans toutes les maladies infectieuses. — N. G.

Le 22. — On peut déjà constater une sensible amélioration dans le rythme du cœur et dans sa tonicité : la quantité d'urine a, d'ailleurs, augmenté.

Strophantus à la même dose.

J'ai revu l'enfant quatre jours après, et ce ne fut pas sans quelque étonnement, agréable du reste, que je constatai l'énergie des contractions du cœur sur un rythme absolument normal.

Cette fois, enfin, nous pouvions entendre un léger bruit de souffle assez doux, systolique, et dont le siège était à la pointe du cœur. Le pouls, alors plus plein et régulier, ne présentait plus d'intermittences.

La quantité d'urine, qui s'était augmentée dès le début du traitement par le strophantus, se maintenait au taux de 900 à 1000 grammes pour vingt-quatre heures.

Obs. III. — Gustave, 11 ans, né dans la province de Rio-Grande da Norte, présenté pour la première fois à la Polyclinique, service du docteur Moncorvo, le 17 décembre 1888.

Développement physique arriéré; pâleur des téguments; système musculaire peu développé. Crâne volumineux; ogive palatine déprimée; épiphyses noueuses; dents incisives supérieures érodées; microdontisme des canines supérieures aussi. Eruption pemphygoïde à la plante des pieds. Rougeole à l'âge de 7 ans.

Depuis près d'un mois, poussées de sueurs générales, accompagnées de refroidissement des extrémités et d'abattement général. Ces accidents se présentent une à deux fois par jour. Foie normal; état saburral peu accusé. Urines rares.

On prescrit le chlorhydrate de quinine à la dose de 25 centigrammes par jour et, le 28 décembre, ce garçon se trouve presque entièrement débarrassé de ses crises. Etat saburral moins accusé.

Lors de ce nouvel examen, l'enfant nous raconte que quand il hâte le pas, il devient essoufflé, que ses lèvres deviennent livides.

A l'auscultation, on perçoit un bruit de souffle systolique ayant son maximum d'intensité au foyer des bruits de la valvule tricuspide. Contractions très arythmiques et faibles. Pouls très faible et irrégulier. Urines, 600 grammes par jour.

Traitement : Teinture anglaise de strophantus (Fraser), à la dose de VIII gouttes en trois fois.

Le 20 décembre. — Urines, 690 grammes.

On répète la teinture de strophantus à la même dose.

Le 22. — Urines, 1060 grammes. Battements cardiaques plus énergiques et plus réguliers; tension artérielle plus élevée.

Teinture de strophantus, VII gouttes en 3 doses.

Le 24. — Urines, 750 grammes. L'état du cœur se maintient satisfaisant. Pouls régulier et plus fort.

On suspend l'emploi du strophantus, et on soumet l'enfant à l'emploi du sirop de Gibert.

Le 26. — Urines, 860 grammes. Le jeune malade déclare qu'il n'est plus essoufflé quand il marche vite, ni lors qu'il court. La tension artérielle conserve un niveau satisfaisant.

Le 2 janvier 1889. — Les résultats obtenus par l'emploi du strophantus ne se sont pas démentis.

L'enfant m'a été ramené plusieurs fois à mon service pour y être soigné d'accidents palustres; mais les modifications heureuses apportées au fonctionnement du cœur par la teinture de strophantus sont restées inaltérées.

Obs. IV. — Angelica, négresse de 11 ans, amenée au service de M. le docteur Moncorvo, le 11 juin 1889.

Cette fillette est rachitique; ses incisives supérieures sont criblées de cupules ; les deux canines supérieures sont atrophiées.

Vers l'âge de deux ans, lorsque l'enfant commença à faire ses premiers pas, éruption vésico-papuleuse sur la face.

Dentition vers la fin de la première année. Actuellement, ganglions sous-maxillaires hypertrophiés; enfin, sur les joues, éruption érythémateuse.

Il y a deux ans, environ, l'enfant fut atteinte de pleuro-pneumonie assez grave, qui la débilita beaucoup. A partir de cette époque elle ne put jamais marcher un peu vite, e encore moins courir, sans se sentir de suite essoufflée. Le sommeil cessa d'être calme et suivi; l'enfant se réveillait plusieurs fois dans la nuit, se plaignant d'un point de côté dans la région précordiale. Dernièrement, d'après sa mère, elle a accusé ce point de côté, même dans la journée, en même temps que des douleurs dans les grandes articulations.

A l'auscultation, on trouve une faiblesse manifeste des battements du cœur, en même temps qu'on constate leur irrégularité. Les bruits du cœur sont assez étouffés. Aucun bruit anormal. Le ventricule droit semble un peu hypertrophié. Pouls très petit et très irrégulier. Oligurie notable; l'enfant urine à peine quelques grammes dans les vingt-quatre heures. Pas d'œdème.

Teinture anglaise de strophantus, X gouttes en trois doses.

Le 12 juin. — La force cardiaque est, évidemment, accrue. Pouls plus plein et plus fort. Urination sensiblement augmentée.

Teinture de strophantus, XII gouttes en trois doses.

Le 13. — Urines des vingt-quatre heures, 900 grammes. Les contractions cardiaques sont plus régulières.

Teinture de strophantus à la même dose.

Le 14. — Urines, 900 grammes. L'exercice ne détermine plus d'essoufflement; l'inspulsion cardiaque est bien plus énergique, en même temps que les contractions sont devenues beaucoup plus régulières.

Actuellement, on entend un bruit de souffle, en jet de vapeur, à la pointe. Le pouls continue à être plus plein et plus fort.

Teinture de strophantus, XV gouttes.

Le 15. — Urines, 1,050 grammes. L'enfant ne se plaint plus du point de côté; le sommeil est parfaitement calme et interrompu. La malade peut courir sans éprouver la moindre dyspnée; elle mange avec appétit et se trouve plus gaie.

Teinture de strophantus, même dose.

Le 17. — Le cœur ayant le rythme et la force contractile nécessaires, de même que le pouls; d'autre part, l'enfant n'éprouvant plus le moindre symptôme subjectif, on suspend l'emploi du strophantus, et on prescrit l'iodure de fer additionné de teinture d'iode.

Obs. V. — Vicente, Italien, âgé de 13 ans, m'est présenté à la Polyclinique, le 5 juin 1889. Ce garçon est le plus âgé de cinq enfants. Son père, syphilitique, a été atteint, en 1881, de rhumatisme.

Pendant la gestation de cet enfant, sa mère fut également atteinte de rhumatisme articulaire, affection qui la força à garder le lit durant plusieurs mois.

Pas de rougeole, de scarlatine, ni de coqueluche. La maladie qui détermina sa présentation à la clinique débuta, il y a un an, par des crises syncopales survenant fréquemment, mais de courte durée. D'abord, ces crises se manifestaient plusieurs fois par mois, mais, dans ces derniers temps, elles devenaient de plus en plus fréquentes, au point de revenir journellement et parfois même deux fois par jour.

L'enfant est pâle; il marche lentement, car il devient fort essoufflé dès qu'il essaye de hâter un peu le pas, il dort mal, se réveille fréquemment en sursaut; il a perdu l'appétit; enfin la quantité d'urine journalière a baissé considérablement, en effet, la quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures n'excédait presque jamais 600 grammes, en moyenne.

Le malade n'accuse aucune sensation de douleur dans les jointures, qui ne sont ni rouges ni tuméfiées.

La pointe du cœur bat au niveau du cinquième espace intercostal gauche; la percussion permet de constater un certain degré d'hypertrophie du ventricule droit. On perçoit un bruit de souffle assez peu intense, systolique, vers la pointe, et se propageant vers l'aisselle gauche.

Les battements de cœur sont très irréguliers ; on constate des intermittences répétées de ces battements ; les contractions du muscle cardiaque sont très faibles. Le pouls est presque misérable, très irrégulier, intermittent. Le foie n'est pas augmenté de volume. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Constipation habituelle.

Teinture anglaise de strophantus, X gouttes en trois doses.

Le 6 juin. — Le cœur a repris quelque peu d'énergie ; les intermittences des battements sont moins accusées. Le pouls se régularise ; l'oligurie persiste.

Teinture anglaise de strophantus, XII gouttes en trois doses.

Le 7. — Augmentation de l'excrétion urinaire, 800 grammes. L'impulsion cardiaque est plus forte ; les battements sont plus réguliers, les intermittences plus espacées. La tension artérielle est manifestement accrue, le sommeil est plus calme ; les syncopes ont disparu.

Teinture de strophantus, XIV gouttes en trois doses.

Le 8. — L'enfant est bien moins essoufflé ; il commence à marcher plus vite ; la tonicité du cœur, aussi bien que le rythme de ses battements, sont sensiblement améliorés. Le pouls se maintient également plus régulier, et l'excrétion urinaire continue à augmenter, 900 grammes.

Teinture de strophantus à la même dose.

Le 10. — L'enfant déclare qu'il ne ressent plus rien ; il peut, d'ailleurs, marcher sans le moindre essoufflement et n'a plus de syncope. Enfin, il dort parfaitement calme durant toute la nuit.

L'énergie du cœur s'accuse plus forte, de jour en jour ; les intermittences des battements cardiaques sont de plus en plus espacées. Le pouls est plus plein. Urines, 1000 grammes dans les vingt-quatre heures.

Teinture de strophantus, XV gouttes.

Le 11. — L'amélioration continue. On suspend le traitement.

Le 13. — Urines, 1,500 grammes.

Teinture de strophantus, XV gouttes, en trois doses.

Le 14 juin. — L'enfant marche et court sans la moindre gêne ni le moindre essoufflement. La quantité d'urine rendue continue d'augmenter. Le cœur se contracte avec beaucoup plus d'énergie et sans intermittences de ses battements ; il subsiste toutefois une légère arythmie de ceux-ci.

Le pouls reste plus plein, et également, plus régulier.

Le traitement est alors suspendu.

Du 15 au 18 juin, j'observe journellement l'enfant, et je puis constater la persistance des résultats que j'ai signalés plus haut.

La quantité d'urine varie de 1,400 à 1,500 grammes ; quant à l'enfant, il ne se plaint de rien.

C'est alors que nous le soumettons à l'emploi de l'iodure de fer additionné de teinture d'iode.

Signalons, en terminant, la tolérance parfaite pour le strophantus, dans ce cas.

(A suivre.)

BIBLIOTHÈQUE

Hygiène de l'oreille, par le docteur Hamon du Fougeray.
Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

Dans ce petit livre, écrit à l'usage des lycées et des collèges, l'auteur s'est attaché à détruire des préjugés et des habitudes mauvaises pour l'audition. Il débute par un exposé très sommaire de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille, mises à la portée de tous et s'occupe successivement dans les chapitres suivants des soins de propreté à donner à l'oreille, des principales causes qui produisent les différentes maladies de l'oreille, de la suppuration de l'oreille, de la surdité à l'école et de son influence et de la surdi-matité. Nous recommandons ce petit ouvrage aux instituteurs, il y trouveront d'utiles enseignements. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 décembre. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Henri Barré (accepté);

2° Des lettres de MM. Nicaise, Berger, Lucas-Championnière, Terrillon et Terrier, qui se portent candidats dans la section de pathologie chirurgicale;

3° Des lettres de MM. Blache, Galezowski et Rivière, qui se portent candidats dans la classe des associés libres;

4° Une lettre de Mme Béhier annonçant le don à l'Académie du buste de son mari.

M. G. SÉE reprend la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose. Il fait remarquer que les derniers travaux de Koch et de Cornet ne sont pas favorables à l'idée de la contagion atmosphérique. Cornet a trouvé des poussières virulentes dans l'air des salles de phthisiques mal tenues; elles manquaient dans les salles propres. Lorsqu'il n'y a pas eu un séjour prolongé de phthisiques dans un endroit, on n'y trouve pas de bacilles.

La source principale d'infection est l'homme atteint de tuberculose, car le bacille se multiplie peu à peu en dehors de l'organisme. Les crachats sont le plus grand danger, et pour les rendre inoffensifs il faut que les malades crachent dans des vases pleins d'eau.

Le lait est peu dangereux, puisque les vaches tuberculeuses sont rares et que mélangé à d'autre lait celui d'un animal malade perd ses propriétés nocives. Le lait cuit est indigeste et n'est plus diurétique. Jamais la viande n'est dangereuse.

Nous ne savons pas en quoi consiste réellement la prédisposition tuberculeuse, et, pour prévenir l'éclosion de la maladie, nous ne pouvons que recommander des mesures hygiéniques.

M. G. Sée pose les conclusions suivantes :

1° La contagion atmosphérique de la phthisie, c'est-à-dire la contagion vraie, redoutée et redoutable, inscrite au fronstispice du Congrès de la tuberculose n'existe pas; elle doit être rayée des instructions populaires qui avaient, par suite d'une véritable hérésie, affolé le public;

2° La transmission, en dehors des conditions matrimoniales, se fait uniquement et sûrement par les crachats desséchés qui, seuls, possèdent la propriété infectieuse; c'est le crachat qu'il faut détruire à tout prix, en prescrivant les mesures les plus draconiennes, et c'est tout : ce n'est pas le malade, c'est le crachat qui est l'ennemi;

3 L'alimentation par le lait ne présente aucun danger et la viande aucun;

4° Les prédispositions sont inconnues dans leur nature, dans leurs signes; nous ne pouvons ni les deviner, ni les combattre.

M. HÉRARD pense que les conclusions de la commission peuvent être votées telles quelles. La contagion de la tuberculose est rare, mais certaine et la maladie ne se transmet que par hérédité ou contagion. Le lait contient souvent des bacilles et il n'y a pas d'inconvénient à le faire bouillir.

Le bacille est transporté par l'air et provient des crachats réduits en poussière; on doit donc considérer la transmissibilité par l'air comme prouvée. On peut parler du danger des crachats sans effrayer les familles et, de plus, les précautions peuvent être dissimulées sous le prétexte de propreté. Le public sait du reste que la phthisie est contagieuse. Il est du reste utile d'indiquer quelquefois aux malades la nature de leur mal en leur disant qu'ils peuvent guérir par une hygiène convenable.

Il est nécessaire que l'Académie éclaire le public sur le caractère contagieux des crachats du phthisique et sur les moyens d'éviter le danger.

— M. BROUARDEL fait part à l'Académie des réformes réalisées pour parer au surmenage intellectuel dans les écoles. On a obtenu une réduction de quatre heures de travail

de 7 à 10 ans et de deux heures de 11 à 17 ans. Les heures de récréation sont augmentées dans les lycées, d'autant plus que les enfants sont plus jeunes; la durée du temps réservé au sommeil a aussi été augmentée.

COURRIER

Par décret, en date du 28 décembre 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Mourlon, médecin-principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Massoutié et Cros; — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bertelé, Flamant et Dumayne; — M. le médecin-major de première classe Lepage; — M. le pharmacien principal de deuxième classe Judicis.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Franck, Malinas, Salvetat, Forgues, Quivogne, Colnenne, Lesbros et Camus; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Kaufmann, Gaillard, Amiard-Fortinière, Belhomme, Tournade, Alban, Schmitt, Fabre et Vercoutre,; — MM. les pharmaciens-majors de première classe Fromond et Raby.

— Par décret, en date du 28 décembre 1889, ont été nommés ou promus dans la Légion d'honneur les médecins et pharmaciens de l'armée territoriale dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. le médecin-major de première classe Percheron.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major de première classe Grosclaude.

— Par décret, en date du 28 décembre 1889, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Bureau (de Kouba); Leclerc (de La Fère-en-Tardenois); Neumann (de Paris).

Le budget de l'Assistance publique a Paris. — Le budget de l'Assistance publique à Paris est en discussion devant le Conseil municipal.

L'ensemble des recettes et dépenses pour 1890 est de 37,192,085 francs. En 1879 il était de 27,300,000 de francs.

Pour expliquer cette augmentation de 30 p. 100 en dix ans, les raisons données par le rapporteur du budget sont multiples.

C'est d'abord l'accroissement de la population, et, par suite, l'augmentation du nombre des lits pendant ces dix ans; 3,000 lits d'hôpital et 2,000 lits d'hospice ont été créés.

Un certain nombre de mesures ont été ordonnées en vue d'obtenir un isolement relatif dans les hôpitaux existants, et le fonctionnement des services d'isolement, quoique fort imparfait encore, entraîne cependant des dépenses considérables.

De même pour le blanchiment et la désinfection du linge. Trois étuves à vapeur sous pression ont été installées récemment à Aubervilliers, aux Enfants-Assistés et aux Enfants-Malades; une quatrième doit être incessamment en usage à Trousseau et tous nos établissements hospitaliers seront pourvus de ces appareils indispensables, lorsque la ville de Paris aura reçu les sommes qui lui reviennent du fait de l'établissement du pari mutuel.

L'antisepsie chirurgicale a nécessité la construction de six pavillons de grandes opérations et l'amélioration de presque tous les amphithéâtres d'opération.

Les dépenses de la pharmacie ont également pris un accroissement considérable. Celles qui résultent de l'introduction de l'antipyrine dans la thérapeutique sont assez curieuses à connaître.

En 1884, les frais d'antipyrine pour 725 grammes, au prix de 160 francs le kilogramme furent de 116 francs.

En 1888, pour 357 kilogrammes, à 130 francs le kilogramme. 46,365 francs 80.

Grâce à l'heureuse initiative de M. Bourgoin, l'antipyrine étant devenue l'analgésine et la fourniture ayant été mise en adjudication, le prix du kilogramme descendit d'abord à 89 francs 50, et ensuite à 79 francs.

Aussi, pour 1889, la dépense est tombée de 46,000 francs à 25,000 francs.

Depuis six ans, tous les hôpitaux sont pourvus d'eau de source, aussi la dépense résultant de cette amélioration est montée de 35,000 francs en 1879 à 290,000 francs en 1889.

La dépense relative aux fosses d'aisances qui était de 56,500 francs en 1879, sera de 176,500 francs en 1890.

Cette augmentation dans la dépense, quelque considérable qu'elle puisse paraître, est appelée à s'accroître encore dans l'avenir, lorsque l'on aura exécuté divers travaux que le Conseil désire voir exécuter dans le plus bref délai possible ; ces travaux sont :

Hôpitaux suburbains d'isolement pour les affections contagieuses (variole, rougeole, diphthérie, teigne) ;

Pavillons intérieurs dans les établissements existants pour suspects et contagieux non transportables ;

Hôpital suburbain de chroniques adultes ;

Réorganisation des buanderies ;

Transformation en maternité de l'ancienne communauté de la Charité.

On pourrait ajouter les projets encore à l'étude relativement à la création à Tenon d'un troisième service de chirurgie infantile — l'augmentation du nombre des enfants malades envoyés dans des sanatoria à Berck, à Arcachon, etc. — la transformation de postes-casernes en hôpitaux — la réorganisation des consultations externes des hôpitaux, qui seraient confiées aux médecins ou chirurgiens des hôpitaux et dans lesquelles on délivrerait aux malades des médicaments, des bains, des douches, et à l'occasion un secours de maladie. *(Bull. méd.)*

Nécrologie. — On annonce de Cannes la mort de M. le docteur Botkin, médecin du Czar, professeur de clinique médicale à l'Académie militaire de médecine de Saint-Pétersbourg ; il avait dû y venir passer l'hiver pour raison de santé. M. le professeur Botkin était un des médecins russes les plus célèbres et les plus connus en France. On se rappelle quelles ovations lui ont été faites il y a deux ans, à son passage à Paris, lorsque MM. les professeurs Charcot et Fournier le présentèrent aux élèves de leur clinique, en rappelant, en quelques mots, les travaux de l'illustre savant. On se souvient aussi de la manifestation qui eut lieu, en son honneur, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, à l'instigation des étudiants et étudiantes russes de Paris, qui lui offrirent un bouquet. Honoré, à Saint-Pétersbourg, autant pour l'élévation de son caractère que pour l'importance de ses œuvres, Botkin était un de ces étrangers qui ont toujours eu pour la France la plus profonde sympathie et qui ne le cachèrent jamais. On lui doit d'importants ouvrages.

— Nous apprenons également avec regret la mort de MM. les docteurs Bastide (de la Pointe-Saint-Sulpice) ; de M. le professeur Dobroslavine (de Saint-Pétersbourg) ; de MM. les docteurs Frère (de Paris), Fontaine (de Campeaux), Gabriel (de Haroué) ; de M. le professeur Heymann (de Stockholm).

VIN DE CHASSAING. *(Pepsine et Diastase)*, **Dyspepsies, etc., etc.**

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

LIQUEUR DE LAPRADE *(Albuminate de fer)*. — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier *(Quinquina jaune royal granulé)* représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.— Anorexie.— Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Intervention dans un cas d'insertion vicieuse du placenta et description d'une pince perce-membranes

Par H. STAPFER.

J'ai eu, à diverses reprises, l'occasion de parler aux lecteurs de l'*Union* des plus récents traitements de l'insertion vicieuse. Je me propose de leur donner relation d'un cas dans lequel les hasards de la clinique ont réuni deux méthodes contemporaines, celle du docteur Pinard et du docteur Hofmeier à une troisième qui date de cent cinquante ans et appartient à Puzos. J'ai de plus l'intention de décrire un nouveau perce-membranes qui rendrait, je crois, grand service dans ces circonstances, et dans d'autres encore.

Multipare, enceinte de huit mois environ, la femme auprès de laquelle on m'appela était en travail. Sa santé paraissait misérable; sa sage-femme m'affirma qu'elle était phthisique et condamnée à plus ou moins brève échéance. Elle avait eu plusieurs pertes. Pour en apprécier l'abondance, je tâtai le pouls. Il était un peu accéléré, mais encore plein; il n'y avait ni bourdonnements d'oreilles, ni syncopes, et la lucidité était parfaite. Conditions excellentes qu'il fallait tâcher de conserver en rendant de nouvelles pertes impossibles. Je procédai à l'examen méthodique.

Le fœtus n'était nullement engagé. Il ballotait dans un liquide abondant, pelvis au détroit supérieur, tête au fond de l'utérus. Les bruits du cœur étaient normaux.

La femme baignait dans une flaque de sang frais remplissant le creux du lit en avant des parties génitales. Par le toucher, je constatai que le vagin était rempli de caillots, le col effacé, l'orifice grand comme une pièce de deux francs. Malgré toutes les précautions, l'examen fut accompagné et suivi d'une perte. Bien que le pouls conservât ses qualités, il fallait se défier.

On ne sait jamais au juste quelle quantité de sang une femme a perdu, ni quelle quantité elle peut perdre sans danger.

Autant de femmes, autant de variantes à cet égard. L'une est jetée dans l'état syncopal par des hémorrhagies en apparence insignifiantes, chez l'autre après une perte relativement abondante le pouls ne garde pas d'accélération; il remonte de suite. Ces différences dépendent sans doute des qualités du suc nourricier et de son abondance qu'un seul repas copieux fait varier du simple au double (Cl. Bernard). Le médecin doit compter avec ces inconnues et agir le plus promptement et dans les meilleures conditions possibles.

En conséquence, je prévins la famille des dangers causés par la mère et

par l'enfant, et de la nécessité d'une intervention qui, dangereuse par elle-même, était cependant le seul moyen de mettre ces deux vies à l'abri. Puis j'expliquai à la sage-femme ce que je comptais faire.

Je me proposais de rompre les membranes suivant la méthode préconisée par le docteur Pinard, puis de saisir un ou deux pieds et de les abaisser pour assurer la présentation du siège. Ce dernier procédé a été recommandé par Hofmeier pour arrêter l'hémorrhagie due au décollement placentaire. Hofmeier a vu l'effet produit et non ses causes. Si l'hémorrhagie s'arrête, c'est que, pour saisir le fœtus, on est obligé de rompre les membranes; on supprime ainsi le tiraillement du placenta. De même Puzos, en conseillant la dilatation progressive de l'orifice et l'accouchement *hâtif sans violence*, ne comprenait pas que la réussite tenait à la rupture de la poche des eaux. Cette rupture n'était pour lui qu'un fait secondaire indispensable pour précipiter le travail.

Je rejetai le tampon, parce que le tampon, même aseptique, est dangereux. L'enfant est presque fatalement condamné et la mère en péril, la desquamation du vagin ouvrant des portes à l'infection, favorisée elle-même par l'accumulation de caillots dans le segment inférieur, et par la longueur du travail.

Cela ne veut pas dire que le tampon n'ait rendu de très grands services. Cela ne veut pas dire non plus que je n'eusse aucune appréhension de mes projets. J'étais, de par les faits et le raisonnement, convaincu de l'excellence de la méthode du docteur Pinard, et du succès dès que les membranes auraient été rompues; mais pour arriver au résultat, il fallait : 1° Introduire les doigts dans un utérus que le moindre attouchement faisait saigner; 2° Rompre les membranes, et je savais par expérience de quelles difficultés cette opération, en apparence insignifiante, est entourée dans certains cas. J'étais donc fort préoccupé et, si je m'apprêtai avec grand espoir à une opération que la logique et la clinique, appuyées de l'autorité du docteur Pinard, me conseillaient, l'inconnu m'inquiétait.

La femme étant mise dans la situation obstétricale, après avoir pris les précautions antiseptiques possibles, j'introduisis un, deux, puis trois doigts dans le vagin dans le but d'atteindre la poche des eaux et de la rompre au moment où elle bomberait. Cela me fut impossible et à la première tentative un flot de sang fit irruption. Une seconde tentative ne fut pas plus heureuse et je vis que l'écoulement presque continu formait ruisseau sur le carrelage cherchant les points déclives. Le pouls devint rapide, mais la femme conservait sa lucidité. J'eus alors l'idée de faire tampon avec la main, et je l'introduisis tout entière dans le vagin. Le sang ne coula plus que par suintement. Il fallait rompre les membranes promptement et largement. J'essayai de nouveau de les crever au moment d'une contraction, mais l'index ne fit que déprimer profondément la poche des eaux, faiblement tendue, et en même temps un flot de liquide chaud vint baigner mes doigts. J'avais probablement décollé un cotylédon par cette manœuvre. J'essayai alors de déchirer les membranes en les saisissant entre l'index et le médius, mais la prise n'offrait aucune solidité. Je ne le regrettais pas, car je craignais, si les membranes ne se rompaient pas, d'augmenter la perte en tiraillant le placenta. Celui-ci occupait le côté gauche du segment inférieur et un ou deux cotylédons proéminaient dans l'orifice.

Je conduisis alors, jusqu'à l'orifice utérin, sur la main obturatrice, un perce-membrane fait d'une plume d'oie taillée en pointe ; mais je renonçai

vite à ce procédé. La poche des eaux, toujours mollement tendue, se laissait déprimer. L'instrument, coiffé des membranes, se perdait dans l'utérus à une hauteur que mon doigt ne pouvait suivre. Si j'avais réussi à rompre la poche, j'aurais pu blesser le fœtus. Je retirai l'instrument en me demandant ce que j'allais faire.

J'envoyai chercher dans une mercerie des environs une paire de longs ciseaux de couturière. Pendant ce temps, je me gardai de retirer la main, qui remplissait avec efficacité quoique imparfaitement l'office de tampon. Dès que je fus en possession des ciseaux, je les glissai comme la plume d'oie et, fixant les membranes le mieux possible entre l'index et le médius de la main engagée, je les coupai avec les ciseaux tenus de la main gauche. Une partie du liquide amniotique s'écoula autour de mon poi-

La première partie de mon programme était exécutée, les membranes étaient rompues. Restait la seconde, la saisie et la descente d'un ou deux pieds. La sage-femme, sur ma demande, abaissa fortement l'utérus. J'eus le tort à ce moment de ne pas constater si le fœtus, très mobile, n'avait pas évolué pendant mes précédentes manœuvres ou n'évoluait pas pendant cette dernière. Un petit membre s'agitait dans l'aire du détroit supérieur, je le saisis entre deux doigts et je pus enfin retirer ma main.
gnet.

Un flot de liquide, quelques caillots et la main du fœtus s'échappèrent de la vulve.

Dans la version pratiquée, au juste moment, *il m'est lout à fait indifférent d'amener au dehors la main avant le pied. Volontiers, je commettrais même cette erreur de propos délibéré, car elle présente le sérieux avantage clinique d'un bras abaissé qui ne se relèvera pas.* D'excellents accoucheurs enseignent à distinguer soigneusement, dans la version, le pied d'avec la main et à dire à cette dernière, quand elle s'offre complaisamment : *Vade retro. Satanas !* Je vois là simplement un point d'honneur professoral. Il est vexant de dire à des élèves : « Je vais saisir la main », et de saisir le pied. Au point de vue clinique, lorsqu'on fait la version au temps d'élection, il y a avantage à abaisser le membre supérieur.

Mais la version ne rentrait pas dans mon programme, la dilatation n'étant pas complète. J'avais l'intention d'assurer la présentation du siège par l'engagement des membres inférieurs dans l'orifice qui mesurait alors environ cinq centimètres ; puis, j'aurais laissé l'accouchement se terminer spontanément, sauf indications contraires. La femme ne perdait plus une goutte de sang, le fœtus était bien portant.

Si j'avais pris soin de constater, par le palper, l'évolution fœtale avant d'opérer, j'aurais ramené ou tenté de ramener le siège au D S et j'aurais saisi le pied. Que faire pour réparer l'erreur commise ?

Attendre la dilatation complète, c'était exposer la mère et l'enfant, car je ne savais combien de temps cette dilatation mettrait à se compléter. Les bords de l'orifice étant souples, la femme multipare, le fœtus petit, je pensai pouvoir pratiquer, avec fortes chances de succès, l'*accouchement hâtif sans violence*, suivant la méthode de Puzos. Mes doigts, introduits en cône dans l'orifice utérin, commencèrent la dilatation graduelle ; avec beaucoup de douceur et de lenteur, je pénétrai dans l'utérus, je saisis les pieds et j'achevai sans trop de peine l'extraction du fœtus en état de mort apparente, mais que je ranimai facilement. La délivrance fut complète. L''insertion était marginale.

Une chose me frappe surtout dans cette intervention : les difficultés de la rupture des membranes.

Faute d'un instrument approprié, j'ai perdu un temps précieux, j'ai favorisé le décollement placentaire et j'ai risqué de blesser le fœtus.

Tous les accoucheurs savent que la rupture de la poche des eaux n'est pas toujours aisée. La pulpe de l'index ne perce que les poches volumineuses, fortement tendues et peu résistantes ; l'ongle est dangereux ; d'ailleurs, le praticien doit avoir les ongles courts suivant les règles d'une bonne antisepsie. Le perce-membranes est plus dangereux encore, surtout si la poche est plate.

Dans certains cas, cette petite opération de la rupture artificielle a une importance capitale, et il serait utile de posséder pour elle un bon instrument. J'entends par là un instrument *inoffensif, approprié à tous les cas : aux poches volumineuses, aux poches plates séparées de la région fœtale par une distance de cinq millimètres, aux poches fermement tendues, aux poches molles.*

J'ai tenté de faire cet instrument.

J'avais l'idée de me servir d'une pince. Mieux vaut se passer d'instruments spéciaux lorsqu'on le peut. J'ai pensé d'abord à utiliser l'ancienne pince à pansements. Mon intention était de déchirer et non de percer les membranes, mais la pince à pansements ne saisit que les poches cylindriques ; de plus, il faut avec elle tordre ou arracher les membranes, ce qui peut produire un décollement placentaire dans les cas d'insertion vicieuse; pour ces raisons. j'ai renoncé à la pince à pansements et à la déchirure, pour revenir à la perforation.

La pince de Museux semblait un instrument tout fait. J'ai essayé la pince à quatre et à deux griffes. Les expériences étant réglées comme je dirai, j'ai échoué à tous coups ou à peu près. La convexité des griffes glisse sur les membranes et les pointes se joignent dans le vide ou entament le chorion seul. De plus, la pince à quatre griffes est dangereuse ; elle perfore le doigt.

Ces essais m'ont appris comment il fallait modifier les diverses pinces à griffes pour avoir un perce-membranes, et M. Aubry s'est chargé de construire l'instrument dont je donne ici la description.

La pince a trente centimètres de longueur totale ; seize des griffes à l'articulation. Les branches sont démontables pour le nettoyage et s'articulent à frottement très doux. Légèrement courbes sur le plat, elles sont coudées à l'extrémité et se terminent à un centimètre de distance du coude par une pointe rectilique dirigée en haut. L'angle est donc ouvert de cent dix degrés environ. C'est le point capital : *angle obtus, pointes rectiliques* ; une plaque de métal creusée en gouttière et soudée sur l'une des branches sert à conduire la pince sur le doigt qui touche, et empêche la pince de tourner au moment où on l'ouvre. La plaque doit faire corps avec la branche, être brasée et non soudée à l'étain, sans soufflure au joint, sans rainure pour une asepsie parfaite.

Les expériences ont été faites de la manière suivante : A l'extrémité d'un cylindre de quatre centimètres environ de diamètre étaient solidement attachées les membranes, chorion et amnios. Le cylindre était rempli d'eau formant une colonne de dix à douze centimètres. Sous cette pression, la poche figurait un pôle de sphère ; c'était le type de la poche plate mollement tendue, c'est-à-dire de la poche la plus difficile à rompre. Le cylin-

dre était tenu verticalement et prolongé par un manchon d'étoffe qui tenait lieu de vagin pour que l'expérience eût lieu *de tactu* et non *de visu*. Elle a réussi dans tous les cas. Les opérations cliniques ont eu le même résultat. Je n'ai pas encore eu l'occasion de faire l'essai dans un cas d'insertion vicieuse. Une chose me préoccupait, la petitesse des trous que percent ces griffes ; mais dans ces expériences, la poche éclatait aussitôt, quoique la pression fût modérée, et sur le vivant, l'effort utérin s'ajoute au poids du liquide. Je ne serais pas étonné que la petitesse de la perforation favorisât l'éclatement.

Le manuel opératoire sur le vivant est fort simple. La femme étant en travers du lit dans la situation obstétricale, ou allongée, ou debout suivant les nécessités; le toucher est pratiqué de façon que la pulpe de l'index atteigne les membranes. La pince est introduite sur l'index que suit la gouttière métallique. On s'arrête quand l'extrémité de cette gouttière atteint l'extrémité de l'index. On attend alors que la poche bombe. A ce moment l'index la déprime légèrement. La pince est ouverte de deux ou trois centimètres, puis refermée et la perforation est faite.

De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 octobre 1889,

Par le docteur Moncorvo, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la Polyclinique générale de Rio-Janeiro.

Obs. VI. — Primitiva, 15 ans, soignée dans mon service, à la Polyclinique, en juin 1888. Un an avant son admission, elle avait été atteinte d'accidents rhumatismaux intéressant les articulations du poignet, du coude et des genoux. Ces manifestations, qui durèrent environ quatre mois, s'accompagnaient de fièvre, parfois assez intense.

Depuis cette époque, notre jeune malade se plaint presque continuellement d'un point douloureux au niveau du mamelon gauche, d'angoisse précordiale, accidents qui empêchent presque toujours le sommeil calme et durable. La jeune fille en question éprouve, en outre, de l'oppression et de l'essoufflement dès quelle est obligée de courir ou même simplement de marcher vite.

A l'auscultation, on constate l'irrégularité des contractions du cœur avec des intercadences parfaites; on trouve des systoles incomplètes. A la pointe du cœur, on perçoit un léger bruit de souffle systolique qui masque notablement le deuxième bruit physiologique. Pouls petit et très irrégulier. Urines, 250 grammes en vingt-quatre heures.

On commença immédiatement, chez cette malade, l'emploi exclusif de la teinture anglaise de strophantus à la dose de XVIII gouttes en trois doses dans les vingt-quatre heures.

Le lendemain de la première administration du médicament, je pus déjà observer une sensible amélioration; les contractions du cœur étaient plus régulièrement rythmées, les intercadences moins accusées et plus espacées; enfin, le bruit systolique, à la pointe, était devenu plus net et se propageait du côté de l'aisselle. Le pouls était aussi plus régulier et la quantité d'urine excrétée avait atteint 650 grammes.

La nuit précédente, le sommeil n'avait plus été interrompu par l'oppression et l'angoisse précordiale; en outre, la dyspnée, pendant la marche, était devenue presque nulle. En un mot, une seule dose de XVII gouttes de teinture de strophantus avait suffi à régler le rythme cardiaque, à régler la diurèse et à atténuer considérablement les phénomènes subjectifs provenant de la lésion mitrale.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 janvier 1890.

Obs. VII. — Elisa, 7 ans, née à Rio, m'est présentée à la Polyclinique le 15 mai 1889. Elle est la deuxième de cinq enfants. Mère tuberculeuse; le père, également tuberculeux, a déjà eu des hémoptysies. Allaitement maternel exclusif; faible dès sa naissance. Dès le premier âge, troubles gastro-intestinaux assez fréquents.

Rougeole à trois ans. Otorrhées répétées à dater des premiers mois de sa vie; éruptions cutanées à plusieurs reprises. Coqueluche tout dernièrement.

Il y a quinze jours, l'enfant commença à tousser; la toux était suivie d'expectoration teinte de sang; il lui est même arrivé de cracher du sang plus ou moins coagulé. La mère constate, tous les matins, la présence de taches de sang sur l'oreiller de son enfant.

Cette dernière, maigre et pâle, devient essoufflée au moindre exercice. On trouve d'ailleurs une adénopathie généralisée, mais plus accusée à la région cervicale. Rachitisme crânien, thoracique et des os longs. Amygdales sclérosées et volumineuses. Lobule du nez violacé. Dents érodées.

Submatité dans la fosse sus-épineuse des deux côtés; râles ronflants et râles sibilants disséminés dans les deux poumons, mais plus nombreux à gauche.

Notable arythmie cardiaque; impulsion assez faible; intermittences fréquentes des battements de l'organe, qui ne présente pas d'hypertrophie. Pas de bruit de souffle appréciable. Pouls petit et irrégulier.

Foie et rate non augmentés de volume. Léger œdème des membres inférieurs. Nous n'avons pu obtenir d'urine, malgré notre désir d'en faire l'analyse.

Teinture anglaise de strophantus, XII gouttes en trois doses.

Le 16 mai. — La toux est moins fréquente et moins pénible; l'hémoptysie fort réduite. La quantité d'urine augmente sensiblement, quoiqu'il ait été impossible de recueillir la totalité de l'urine rendue dans les vingt-quatre heures et, partant, de l'évaluer d'une façon exacte.

En examinant une certaine quantité d'urine du matin, on trouve des traces d'albumine. Cependant, l'impulsion cardiaque gagne en énergie; on ne trouve plus d'intermittences dans les battements; l'arythmie s'est singulièrement amendée et tend à disparaître complètement. Pouls plus plein, plus fort, plus régulier. La dyspnée est maintenant insignifiante; le sommeil a été plus calme la nuit dernière.

On répète le strophantus à la même dose. L'amélioration continue, par la suite, au point que les parents, jugeant leur enfant en voie de guérison prochaine, finissent par ne plus la ramener dans mon service.

Obs. VIII. — Olza, 3 ans, née à Rio, amenée dans le service de M. le professeur Moncorvo le 16 janvier 1889.

Cette enfant est rachitique, mal développée, présente des stigmates cutanés d'hérédo-syphilis. Odontopathie; adénopathies; rhinite; kératite parenchymateuse; sclérose amygdalienne.

Mère syphilitique; a eu quatre enfants et deux avortements.

Il y a un an, l'enfant fut prise de convulsions limitées au côté droit du corps, avec perte de la sensibilité, et suivies d'aphasie, pendant vingt jours environ, sans paralysie. Dès lors, elle est prise de vertiges qui surviennent presque tous les jours, et parfois même plusieurs fois dans la même journée. Souffle systolique doux à la pointe du cœur, et dont le maximum d'intensité se trouve à la base de l'appendice xyphoïde. Impulsion cardiaque affaiblie; notable arythmie du cœur.

On prescrit la teinture anglaise de strophantus à la dose de VI gouttes en trois doses.

L'enfant n'est ramenée dans mon service que le 8 février, et sa mère me déclare que, pendant tout le temps de son absence, les vertiges n'ont point reparu. Cependant, l'enfant en est atteinte au moment de notre examen. A l'auscultation, pourtant, on remarque que les contractions du cœur sont bien mieux et plus régulièrement rythmées.

Teinture de strophantus, VIII gouttes en trois doses.

Le 9 février. — Augmentation de la force et de l'énergie de l'impulsion cardiaque; le rythme des battements est assez régulier. Augmentation de la quantité d'urines.

Ce résultat resta sans changement pendant longtemps, car j'ai revu cette enfant deux

mois plus tard, et j'ai pu constater que les battements du cœur avaient gagné considérablement en énergie, et que, d'autre part, ils étaient bien rythmés, et je dois ajouter que les vertiges ne sont plus réapparus.

Dans quelques cas d'asthme, la teinture de strophantus agit suffisamment sur la fibre affaiblie du muscle cardiaque, en réglant le rythme des battements ; mais elle m'a toujours paru n'avoir aucune influence sur les symptômes asthmatiques.

Certes, le strophantus a été un puissant adjuvant dans la thérapeutique dirigée contre la névrose et notamment chez les enfants épuisés par des maladies dystrophiques, et chez lesquels la tonicité musculaire du cœur est incapable de lutter suffisamment contre tout obstacle s'opposant à la libre circulation cardio-pulmonaire. Les deux faits suivants sont la confirmation de ce que nous avançons.

Obs. IX. — Amélia, 4 ans et demi, née à Rio, me fut amenée dans mon service à la Polyclinique, le 26 mai 1889.

Père syphilitique, grand'mère maternelle asthmatique ; d'ailleurs, l'enfant elle-même porte des traces non équivoques de l'hérédo-syphilis (papules sur la peau, cicatrices pigmentées ; coloration jambonnée sur les fesses et sur les cuisses, hypertrophie des ganglions préépitrochléens, dents érodées, amygdales sclérosées).

On avait amené cette enfant pour être soignée d'accidents palustres compliquant des crises d'asthme dont elle était affectée dès le quatorzième mois de la vie.

Les vomitifs (ipéca), la teinture de lobélie, l'acide benzoïque, la terpine furent successivement employés, en même temps que la quinine. Après amendement de la crise d'asthme, dont elle était atteinte lors de son admission, on soumit cette fillette à l'usage de l'iodothérapie.

Le 10 avril, c'est-à-dire quinze jours après le début du traitement, une nouvelle crise se manifeste; mais en outre, on constate l'affaiblissement des contractions du cœur, dont les bruits sont étouffés. Le pouls est petit et irrégulier.

Teinture anglaise de strophantus, VIII gouttes dans une potion. Cette potion fut renouvelée à plusieurs reprises, et, bien que l'accès d'asthme ne fût pas sensiblement modifié par le médicament, on put constater que la force et le rythme cardiaques avaient subi un notable changement. L'impulsion du cœur devint bien plus énergique et les bruits beaucoup plus clairs. Enfin, la quantité d'urine augmenta en même temps que le pouls devenait également plus plein et plus fort.

Cette fois encore, la tolérance du strophantus fut parfaite.

Obs. X. — Ersilia, 9 mois, née à Rio, est admise au service de M. le docteur Moncorvo, à la Polyclinique de Rio de Janeiro, le 18 mai 1889.)

Première-née. Allaitement maternel exclusif dès le début. Pas de rougeole, pas de coqueluche ; elle commence à faire ses dents. Pas de troubles gastro-intestinaux. Il y a un mois, bronchite intense, fébrile. Ces accidents bronchitiques se maintiennent jusqu'à présent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Au moment de son admission, l'enfant est tellement essoufflé qu'on la croirait atteinte d'une grave affection des voies respiratoires. Respiration à 88. Les battements du cœur sont incomptables ; embryocardie. Cependant, à l'auscultation, à peine aperçoit-on quelques râles ronflants épars.

Le ventre est ballonné; il y a des vomituritions. Les selles sont normales. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume. Etat saburral. T. R. 38°5.

Pendant toute la nuit précédente, l'enfant avait été très souffrante, en proie à des crises de suffocation. D'après sa mère, elle avait eu précédemment des crises nocturnes de collapsus avec élévation de la température du tronc et notable abaissement de celle des extrémités. Oligurie. L'état de l'enfant est tellement alarmant qu'on croirait à l'imminence d'une terminaison fatale à bref délai.

On pratique une injection hypodermique de 50 centigrammes de chlorhydrate de quinine et on prescrit la teinture anglaise de strophantus, VIII gouttes en trois doses.

Le 20 mai. — T. R. 37°2. Contractions cardiaques plus énergiques et mieux rythmées. Depuis hier matin, sensible amélioration du côté de la respiration, au point que l'enfant a eu, la nuit dernière, un sommeil parfaitement calme. 126 battements du cœur. 60 mouvements respiratoires par minute. Absence de râles pulmonaires. L'enfant présente une bien meilleure mine et paraît plus animée.

On répète l'administration du strophantus.

Le 21 mai. — Pas de fièvre. Sommeil calme la nuit dernière. Selles normales. Augmentation notable de la quantité d'urine. C. 120; impulsion forte et régulière; respiration libre, 50 mouvemements par minute. Quelques râles ronflants assez peu nombreux.

Teinture anglaise de strophantus, VIII gouttes en trois doses.

Le 22 mai. — Le cœur bat régulièrement; 110 battements à la minute. R. 40. Pas de fièvre. Pas de râles dans la poitrine. La quantité d'urine excrétée est plus abondante.

L'enfant est parfaitement calme.

Teinture de strophantus, VIII gouttes.

Le 23. — Les fonctions cardiaques et les fonctions respiratoires sont complètement physiologiques. Les fonctions urinaires sont toujours abondantes, la température normale.

On suspend toute médication.

Le 25. — Accès de fièvre datant d'hier soir. Dyspnée. Toutefois, le cœur ne présente aucun changement appréciable.

L'enfant urine abondamment. Pas de toux; submatité dans les régions sus et sous-épineuses droites.

80 mouvements respiratoires. Ventre légèrement ballonné. Pas d'augmentation du volume du foie ni de celui de la rate. Etat saburral; pas de diarrhée. T. R. 38°4.

Injection hypodermique de 0 gr. 50 centigr. de chlorhydrate de quinine. Badigeonnages avec teinture d'iode sur la région thoracique, où on constate de la submatité.

Le 26. — T. R. 37°. Plus de fièvre ni de dyspnée. Nuit bonne et calme. Sonorité thoracique normale. Etat normal du cœur et de son fonctionnement.

Potion avec chlorhydrate de quinine, 1 gramme.

Le 27. — L'amélioration se maintient; on donne de nouveau la potion au chlorhydrate de quinine.

Le 31. — La mère, négligente, laissa l'enfant sans traitement pendant ces deux derniers jours et, hier, on assista à l'explosion d'un nouvel accès de fièvre accompagné d'agitation. Néanmoins, on ne constate plus, cette fois, la même altération du côté du cœur et des poumons.

On revient à l'adiministration de la quinine, à laquelle on associe l'antipyrine.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Le sureau comme diurétique. — Sur l'intoxication saturnine.

A la Société de biologie nous avons à signaler des communications intéressantes sur l'emploi du sureau comme diurétique.

M. G. Lemoine (de Lille) a étudié le *Sambucus nigra* dont les propriétés étaient déjà connues des anciens. La seconde écorce blanche et mince qui revêt directement le bois est la seule qui possède des propriétés diurétiques et il faut absolument qu'elle soit fraîche. L'auteur l'emploie en décoction, en faisant bouillir une poignée d'écorces dans un litre d'eau, et il en donne aux malades de un litre à un litre et demi par jour.

Le sureau ainsi employé est un diurétique de premier ordre qui rend les plus grands services pour le traitement de l'ascite et de l'anasarque consécutifs aux maladies du rein et du cœur. Il rétablit assez rapidement le cours des urines et peut en élever la

quantité quotidienne en trois ou quatre jours, de 400 grammes à 1.500 et 2.000 grammes. Cette quantité peut aller jusqu'à 3.000 et 3.500 grammes chez certains malades et elle se maintient telle, à condition que l'on continue l'usage du sureau jusqu'à disparition de l'épanchement ; elle diminue peu à peu. C'est principalement dans la néphrite albuminurique que l'on constate les heureux effets du sureau ; il réussit également contre l'ascite qui accompagne la péritonite tuberculeuse des enfants, mais n'influence que faiblement celle qui est consécutive à la cirrhose du foie. Le sureau agit également sur l'intestin et provoque de quatre à six selles liquides par jour.

Pour M. Lemoine, c'est par une action directe sur les reins que le sureau semble agir ; il ne modifie nullement le cœur et la circulation, ou, du moins, n'agit sur eux que secondairement par la diurèse. C'est un diurétique qui doit ses propriétés à une action sur l'épithélium rénal.

MM. Combemale et Dubiquet ont complété les recherches de M. Lemoine. Ils sont arrivés aux résultats suivants :

1° L'écorce de sureau entière, pour produire la polyurie, doit être administrée à haute dose, 9 à 10 grammes par kilogr. du poids du corps ;

2° Pour avoir les mêmes effets avec la première écorce seule, il en faut des quantités un peu plus considérables ;

3° La polyurie est encore obtenue, mais d'une façon beaucoup plus intense, avec la décoction de la seconde écorce, dès qu'on en donne aux animaux 4 grammes par kilogr. du poids de leur corps ;

4° Avec la macération de seconde écorce, il suffit de 3 grammes par kilogr. du poids du corps pour faire apparaître cette polyurie, mais ce qui domine alors, ce sont les nausées, les vomissements et la diarrhée.

Il y a abaissement de la température, ralentissement du pouls et de la respiration.

***

MM. P. Binet et J.-L. Prévost ont communiqué à la Société médicale de Genève des recherches très intéressantes sur l'*intoxication saturnine*. Pour la produire ils ont employé plusieurs méthodes.

L'insertion sous-cutanée ou intra-péritonéale de fragments métalliques n'a pas provoqué de phénomènes toxiques.

L'injection intra-veineuse de sels de plomb peptonisés a entraîné le plus souvent une mort rapide.

Les injections sous-cutanées ont fréquemment produit des abcès.

Les injections stomacales et surtout le mélange quotidien de céruse aux aliments et aux boissons leur ont permis de réaliser des intoxications de longue durée jusqu'à plusieurs mois et même plus d'une année.

MM. Prévost et Binet posent à la fin de leur mémoire les conclusions suivantes :

Les animaux traités par la dernière méthode, qui a été suivie dans la plupart de nos expériences, ont présenté les phénomènes suivants :

Au point de vue symptomatique : Un *amaigrissement* progressif qui a presque toujours atteint au moment de la mort le 1/3 du poids primitif.

Une *anémie* par diminution et altération des hématies sans leucocytose.

Une *albuminurie* qui n'a été, généralement, ni constante ni abondante.

Des *phénomènes nerveux* : paralysies, aphonie, pertes des réflexes, anesthésies. Convulsions très rares et d'origine douteuse.

Les paralysies peuvent guérir si le traitement est suspendu.

Au point de vue anatomique : Altération constante des *reins* qui deviennent grisâtres, contractés, souvent kystiques. Au microscope : néphrite et granulations calcaires spéciales, selon le type décrit par MM. Charcot et Gombaut.

Dégénérescence graisseuse fréquente du *foie*.

Assez souvent *péricardite*, et parfois dégénérescence granulo-graisseuse du myocarde.

Lésions des nerfs périphériques selon le type segmentaire, périaxile décrit par

M. Gombaut. Comme l'ont déjà signalé, soit M., soit Mme Dejerine dans leurs recherches cliniques, les racines médullaires sont rarement atteintes. La régénération des nerfs malades a été souvent constatée d'une façon parallèle à la guérison de la paralysie pendant la vie.

Au point de vue chimique, les recherches de l'un de nous, M. P. Binet, ont montré que c'est surtout dans les *reins* que le plomb s'accumule. La quantité est d'autant plus forte que l'intoxication a été plus prolongée ; on en trouve encore longtemps après que celle-ci a été suspendue.

Dans les *os*, le plomb est également très abondant ; il paraît se fixer dans la charpente minérale à l'état de phosphate. Le rapport des éléments minéraux aux matières organiques dans les os, n'est pas modifié d'une manière sensible sous l'influence de l'intoxication saturnine chronique.

Le *foie* contient généralement peu de plomb, tout au moins dans l'intoxication lente et chronique. La quantité peut être assez forte tout de suite après l'ingestion d'une dose élevée, mais elle diminue ensuite rapidement. Le plomb ne s'accumule pas dans le foie comme dans les reins.

Le plomb a été également recherché dans les *muscles*, la *rate*, les *centres nerveux*, les *yeux*, les poumons, le cœur, le pancréas, les *organes génitaux*, le sang. Dans tous ces organes, le plomb ne se trouve qu'en faible quantité ou manque même parfois complètement.

Des *embryons* et des *nouveau-nés* mis bas pendant l'intoxication chronique n'ont présenté qu'une fois des traces de plomb (phosphate).

Un *kyste de l'ovaire* volumineux, développé chez une rate, renfermait une assez grande quantité de plomb, surtout dans ses parois.

Pour l'étude de l'*élimination*, nous avons recherché le plomb dans l'urine, la bile et la salive.

L'*urine* élimine généralement peu de plomb ; c'est là sans doute une des principales causes de l'accumulation du métal dans les reins. La quantité augmente quand l'urine est albumineuse.

L'élimination dn plomb par la *bile* est plus importante ; c'est probablement une des causes pour lesquelles le plomb ne s'accumule pas dans le foie.

L'élimination par la *salive*, provoquée à l'aide de la pilocarpine, est très faible et même nulle.

La lenteur de l'élimination du plomb, le peu de solubilité de la plupart des sels expliquent la longue durée du séjour du plomb dans l'organisme. On en trouve encore une plus forte proportion dans les reins et les os, lors même que l'intoxication a été suspendue pendant plusieurs mois.

Deux animaux, après intoxication saturnine prolongée, ont été soumis à l'*iodure de potassium*; malgré ce traitement, les reins présentèrent à l'autopsie une grande quantité de plomb. Même résultat avec les *sels ammoniacaux*.

FORMULAIRE

Teinture antiseptique contre la diphthérie. — Osiecki.

Teinture de ratanhia........................	10 grammes.
Teinture de benjoin........................	5 —
Teinture d'aloès...........................	3 —

Mêlez. — Avec ce mélange, on touche trois fois par jour le pharynx et les amygdales, dans le cas d'angine couenneuse. — Après chaque attouchement, on insuffle la poudre suivante : Acide tannique, 2 grammes; soufre sublimé et chlorate depotasse, de chaque, 2 grammes 50. — Mêlez. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 29 décembre 1889, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Morio, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Clarac, Nodier, Palasne de Champeaux, Boutin, Guérard de la Quesnerie; — M. le pharmacien principal de la marine Sauvaire.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'accorder les récompenses suivantes :

Médaille d'or de deuxième classe : à M. le docteur Fargier-Lagrange, médecin de colonisation à Bourbika, pour son dévouement dans diverses épidémies;

Médaille d'argent de première classe : à M. le docteur Roussei, à Coléa, pour son dévouement pendant une épidémie variolique;

Des mentions honorables sont accordées à : M. le docteur Kéraudren, médecin à Perros-Guirec, pour son dévouement dans un grave accident; — M. Dastan, élève en médecine à Toulouse; a sauvé une femme sur le point d'être écrasée par une voiture.

— L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, dans laquelle ont été proclamés les lauréats. Parmi ces prix, nous relevons ceux qui concernent la médecine et les sciences accessoires :

Médecine, chirurgie. — Prix Montyon : prix à MM. A. Charrin, A. Kelsch et P.-L. Kiener, et à M. Basile Danilewski; mentions honorables : à MM. F. Widal, Ch. Sabourin et Jules Arnould; des citations sont accordées à MM. Ad. Nicolas, Jules Bœckel, A. Rémond (de Metz), Le Gendre, Barette et Lepage, et à M. H.-L. Petit.

Prix Bréant : M. Laveran.

Prix Barbier : partagé entre MM. E. Duval, Ed. Heckel et F. Schlagdenhauffen.

Prix Godard : M. A. Le Dentu; mention très honorable : M. Th. Tuffier.

Prix Lallemand : M. Paul Loye.

Prix Bellion : partagé entre MM. F. Lagrange, Laborde et Magnan.

Prix Mège : les intérêts de la fondation sont accordés, à titre d'encouragement, à M. le docteur Auvard.

Physiologie. — Prix Montyon : M. A. d'Arsonval; mention honorable : M. G. Moussu.

Prix L. La Caze : M. François-Franck.

Prix Pourat : MM. les docteurs Johannes, Gad et J.-F. Heymans.

Prix Martin-Damourette : M. J.-V. Laborde.

Physique. — Prix L. La Caze : M. Hertz.

Statistique. — Prix Montyon : MM. Petitdidier et Lallemand, M. le docteur F. Ledé; mention très honorable : M. Dislère; citation honorable : MM. Chauvel, Senut et Mireur.

Chimie. — Prix Jecker : le prix est partagé entre MM. A. Combes, R. Engel et A. Verneuil.

Prix L. La Caze : M. F.-M. Raoult.

Géologie. — Prix Delesse : M. Michel Lévy.

Botanique. — Prix Desmazières : M. Bréal. — Prix Montagne : MM. Ch. Richon et Ern. Roze. — Prix Thore : MM. de Bosredon et Ferry de la Bellone.

Anatomie et zoologie. — Grand prix des sciences physiques : partagé entre MM. Félix Henneguy et Louis Roule; mentions honorables : M. le docteur de Beauregard, M. E. Maupas et l'auteur du mémoire portant pour épigraphe : « C'est là ce qui m'a décidé... »

Prix généraux. — Prix Montyon, arts insalubres, mention très honorable : M. Randon. — Prix Petit d'Ormoy, sciences naturelles; M. Jean-Henri Fabre.

— Sur la demande du ministre de la guerre, le ministre de l'intérieur vient d'accorder des médailles d'honneur aux médecins militaires Ferraud et Lejeune, pour le courage et le dévouement dont ils ont fait preuve pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Dinan il y a quelques mois. Des distinctions semblables ont été accordées à la supérieure des religieuses de l'hôpital de Dinan et à la sœur Saint-Joachim.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 8 janvier 1889. Il sera clos le samedi 25 janvier à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15 et jeudi 16 janvier ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24 et samedi 25 janvier.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés : l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le conseil de la Faculté.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les idscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du jeudi 16 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes ou externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1889-1890. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions sont refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— Le concours de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par la nomination de M. Rieffel.

— M. le docteur Terras est nommé membre du comité d'inspection et d'achat de livres près la bibliothèque de Saint-Rémy.

— M. le professeur Ball reprendra ses cours à l'asile Sainte-Anne le jeudi 9 janvier et les dimanches et jeudis suivants.

Le dimanche 12, il traitera de la folie mensuelle.

— M. le docteur Jules Simon reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital des Enfants-Malades le mercredi 15 janvier et les continuera les mercredis suivants.

Consultations le samedi matin à neuf heures.

EXCELLENTE CLIENTÈLE à céder au centre de Paris. — S'adresser au bureau du Journal.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Le rhumatisme chronique, habitus extérieur. — Coïncidences pathologiques, leurs variations selon les âges : Migraines, névralgies, fluxions congestives et hémorrhagiques, troubles sécrétoires, dyspepsie, entérite membraneuse, éruptions diverses ; lésions unguéales, aponévrotiques, hernies, varices, artério-sclérose généralisée, etc., etc. — Parallèle entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme articulaire chronique.

Leçon recueillie par MM. GUYON et DUDÉFOY, internes du service.

Messieurs,

Pour bien juger d'une affection chronique et constitutionnelle, il ne suffit pas de connaître les accidents d'un moment, il faut élargir le cadre, s'enquérir de tous les désordres préexistants et concomitants, puis chercher le lien qui peut unir ces désordres entre eux et aussi avec les phénomènes que l'on observe.

Les personnes sujettes au rhumatisme sont atteintes, dès le jeune âge, d'accidents pathologiques qui se continuent sous des formes multiples variant avec les différentes phases de l'existence. Etudiez un de ces malades et, pour peu qu'il ait dépassé la trentaine, vous ne tarderez pas à reconnaître tout un ensemble de désordres qui, si vous n'étiez prévenu, pourrait bien vous échapper. La plupart du temps, vous trouverez les ongles des pieds lisses, brillants, cannelés, sinon épaissis et écailleux, et des cors aux orteils. Les jambes vous présenteront des varices, une pigmentation cutanée, des ulcères attribués aux varices et qui ne sont que l'effet d'une dystrophie nerveuse. Avec ces accidents, se voient quelquefois de l'intertrigo au niveau des aines, souvent de l'acné, de la blépharite ciliaire et de la calvitie, surtout chez l'homme, plus rarement de l'eczéma et du psoriasis. Voilà donc un malade généralement considéré comme atteint d'une affection purement articulaire et qu'il suffit de découvrir pour constater l'existence de tout un ensemble pathologique. Ce même malade, le plus souvent nerveux et impressionnable depuis son enfance, raconte que des épistaxis, des hémoptysies et plus souvent encore des hémorrhoïdes l'ont tourmenté à partir de l'époque de sa puberté. Sa peau a été le siège d'éruptions diverses : urticaire, purpura, acné, lichen, etc. Des migraines et des névralgies l'ont fait souffrir entre 15 et 25 ans, puis, entre 25 et 30, il a commencé à perdre ses cheveux à la partie antérieure et supérieure de la tête. Vers la même époque, sinon plus tôt, ses digestions sont devenues pénibles, et à une dyspepsie flatulente ou acide s'est ajoutée une dilatation

de l'estomac, des palpitations, des vertiges, des idées tristes et sombres, enfin une véritable hypochondrie. Ajoutons qu'une constipation opiniâtre, parfois accompagnée de concrétions muqueuses (entérite membraneuse) est relativement commune en pareil cas.

Jusqu'ici, il ne s'agit guère que de troubles dynamiques passagers, qui cessent pour la plupart à la suite d'un léger traitement; mais, à partir de la quarantaine, apparaissent des désordres d'un autre genre, plus continus et que nous appellerons trophiques. L'aponévrose palmaire s'épaissit et se rétracte dans un certain nombre de cas, même chez les personnes dont les mains sont à peine occupées; c'est la maladie dite de Dupuytren. Les parois des veines des membres inférieurs s'épaississent, se dilatent, deviennent variqueuses, et en même temps il survient des ulcères de la peau. Ces varices, considérées à tort comme l'effet d'un travail inflammatoire, ne sont que le résultat d'un désordre des nerfs, qui se distribuent aux parois veineuses, et les ulcères reconnaissent une même origine nerveuse. Dans le plus grand nombre des cas, on observe un épaississement des ongles et quelquefois des maux perforants des pieds; puis enfin, le système artériel se prend à son tour.

L'altération que présente ce système ou artério-sclérose est l'expression la plus grave du grand processus pathologique qui nous occupe. Caractérisée par la multiplication des éléments cellulaires de l'endartère qui, au bout d'un certain temps, subissent la dégénérescence graisseuse et athéromateuse ou bien se calcifient, cette altération, qui a une physionomie particulière, s'étend à tout le système artériel et par là, comme aussi par d'autres points, elle se distingue nettement de l'artérite syphilitique, toujours circonscrite et avec laquelle elle a été confondue à tort par plusieurs auteurs.

Les artères temporales deviennent sinueuses et saillantes, les radiales s'indurent et résistent au doigt qui les presse. Dans ces conditions, l'auscultation permet de constater fréquemment l'existence de souffles systoliques et parfois diastoliques au niveau de l'orifice aortique, traduisant un léger degré d'insuffisance de cet orifice lorsque la lésion de la tunique interne de l'aorte a gagné les valvules sigmoïdes et a rétracté leur bord libre. Dans ces conditions, l'état du cœur est généralement modifié : tout d'abord il s'hypertrophie au fur et à mesure du rétrécissement ou de la dilatation et de la perte de l'élasticité des artères et, pour peu que les vaisseaux coronaires participent à l'artério-sclérose, il dégénère, devient scléreux ou granulo-graisseux, se dilate et, dans certains cas, il laisse entendre des bruits de souffle systoliques à gauche, au niveau de l'orifice mitral. Ces bruits, généralement attribués à l'insuffisance de cet orifice, sont le fait d'une dilatation de la base du cœur et de la sclérose des sommets des muscles papillaires qui sous-tendent la valvule.

Jusque-là, le cœur suffit à sa tâche, mais, de plus en plus mal irrigué, il faiblit et devient asystolique; le foie s'hyperémie en même temps que les viscères abdominaux; les jambes enflent, c'est la période des hydropisies.

Les artères rénales, plus souvent atteintes que les coronaires, offrent tout d'abord un épaississement de leurs parois, puis elles s'amincissent et leur calibre s'élargit; aussi font-elles saillie à la surface d'une section du rein, suivant son bord convexe. Le parenchyme rénal se déforme, se sclérose, s'atrophie par place, offre des dépressions au niveau de la surface

libre, diminue de volume et de poids, au point de ne plus peser que 80 ou même 60 grammes.

Dans ces conditions, les malades deviennent polyuriques, puis albuminuriques; leurs urines, d'une densité au-dessous de 1,010, ressemblent à du petit-lait, et des accidents d'urémie ne tardent pas à se produire à la suite d'un refroidissement ou de toute autre cause. Ces accidents mettent l'existence en danger; ils doivent être comptés parmi les causes les plus communes de mort chez les personnes atteintes de rhumatisme chronique.

Les artères cérébrales sclérosées, dilatées et athéromateuses, sont à leur tour l'occasion de désordres dystrophiques de l'encéphale. Ceux-ci se manifestent sous des formes diverses : tantôt un des vaisseaux venant à se rompre, il survient, au sein de la substance cérébrale, un épanchement de sang qui la détruit et la comprime ; tantôt, une branche artérielle rétrécie par l'épaississement de l'endartère peut s'oblitérer et donner lieu à un ramollissement de la substance qu'elle alimente normalement ; tantôt enfin, à la suite du rétrécissement plus ou moins considérable des vaisseaux encéphaliques, la substance nerveuse mal irriguée devient le siège de petites dépressions ou lacunes très appréciables sur une surface de section; puis, en même temps, la masse cérébrale diminue de volume, tandis que le liquide céphalo-rachidien augmente de quantité. A chacun de ces états correspondent des désordres différents, mais tous aboutissent à des troubles sérieux capables d'entraîner la mort, de telle sorte que celle-ci peut survenir par le cerveau, aussi bien que par les reins et le cœur.

Ce sont, en somme, des désordres cérébraux, cardiaques ou rénaux qui, en général, finissent l'existence des personnes atteintes de rhumatisme chronique. C'est par exception, avons-nous dit, que les poussées rhumatismales, même les plus aiguës, parviennent à tuer ; et d'ailleurs, en dehors de la pneumonie, les rhumatisants chroniques sont assez rarement enlevés par les poumons, bien qu'ils soient fréquemment asthmatiques, bronchitiques et même emphysémateux.

Tels sont les principaux désordres concomitants du rhumatisme chronique. Le tableau suivant, qui repose sur 208 cas, dont 132 hommes et 76 femmes, peut donner une idée de la fréquence relative de ces coïncidences pathologiques :

Prurit		8 fois.
Migraines		63 —
Névralgies		25 —
Hémorrhagies	Epistaxis	34 —
	Hémoptysies	2 —
	Purpura	3 —
Hémorrhoïdes		30 —
Dyspepsie		25 —
Oignons		42 —
Blépharite ciliaire		25 —
Calvitie		45 —
Dystrophie des ongles		80 —
Eruptions cutanées diverses		60 —
Rétraction de l'aponévrose palmaire		13 —
Varices		60 —
Artério-sclérose		67 —

A ces désordres locaux, nous devons ajouter certains troubles nutritifs isolés, tantôt généraux, tantôt réunis, qui sont l'obésité, la gravelle urique et la glycosurie. La gravelle est, en effet, commune chez les personnes atteintes de rhumatisme chronique, non pas au moment même des accès aigus, mais a divers moments de l'existence. Quant à la glycosurie, elle a été signalée dans le rhumatisme chronique; nous avons à plusieurs reprises constaté son existence dans ces conditions, et nous avons fait remarquer que cette glycosurie, presque toujours précédée d'obésité, constituait une forme assez particulière du diabète, que nous avons appelé *diabète gras* (1).

En somme, loin d'être une affection isolée, le rhumatisme articulaire chronique coexiste avec un grand nombre de désordres divers, et cette coexistence est trop commune pour n'être qu'une simple coïncidence; partant, il nous reste à rechercher les rapports que peuvent avoir ces diverses affections. Un premier fait nous frappe, c'est que la plupart des manifestations observées chez nos rhumatisants ont leur point de départ dans un trouble de l'innervation. L'urticaire, l'eczéma, l'angine granuleuse, l'acné aussi bien que les migraines, les névralgies et les hémorrhoïdes sont des accidents subordonnés à une influence nerveuse. D'un autre côté, les lésions des ongles ne diffèrent pas de celles que l'on observe à la suite de la section ou de l'irritation des nerfs des membres; les varices, la pigmentation et les ulcères des jambes sont également sous la dépendance d'une modification du système nerveux, comme l'ont établi les recherches les plus récentes. D'ailleurs tout porte à croire que la rétraction de l'aponévrose palmaire et l'artério-sclérose n'ont pas d'autre origine; quelques expériences tendent à démontrer qu'il est possible, en agissant sur le système nerveux sympathique, de produire cette dernière lésion. Ces faits une fois établis, la relation des lésions du rhumatisme chronique avec ces différents désordres est toute naturelle. En effet, ces lésions ayant, par leurs caractères, la plus entière ressemblance avec ceux qui se produisent quelquefois au cours de l'ataxie locomotrice, de la paralysie générale, de certaines affections de la moelle épinière et des cordons nerveux, ont bien évidemment leur point de départ dans un trouble quelconque de l'innervation trophique. Ajoutons enfin que les nerfs qui se distribuent aux articulations affectées de rhumatisme chronique ont été trouvés parfois altérés, aussi bien que les muscles de leur voisinage.

Dans ces conditions, il est logique d'admettre que les lésions articulaires du rhumatisme chronique sont de même ordre que toutes celles qui les accompagnent, et que toutes ces lésions ont leur point de départ dans le système nerveux. Ce rhumatisme, nous le disions au commencement de ces leçons, n'est donc pas une maladie, mais le syndrome d'un grand complexus pathologique, ou mieux d'une série morbide que nous avons appelée du nom d'*herpétisme* (2), réservant celui d'*arthritisme* pour la fièvre rhumatismale avec ses effets plus ou moins sérieux.

(1) Voyez plusieurs communications à l'Académie de médecine de Paris (années 1877 et 1887).

(2) L'herpétisme, en somme, pourrait être représenté par un arbre prenant ses racines dans le système nerveux, et d'où partiraient toute une série de branches plus ou moins malfaisantes. Les premières branches destinées à disparaître seraient représentées par les affections spasmodiques ou névralgiques, le prurit, la migraine, par des troubles vaso-moteurs, fluxions sanguines, épistaxis, hémorrhoïdes, hémoptysies, purpura, urticaire, herpès, acné, eczéma, lichen, psoriasis, troubles sécrétoires de l'estomac et des

Dans le but de faire bien saisir les différences qui existent entre ces deux grands processus morbides, le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme chronique, nous allons mettre en parallèle leur origine, leur évolution et leurs principales manifestations.

Le rhumatisme articulaire aigu, ou fièvre rhumatismale, est une maladie du jeune âge, comme le démontre le tableau suivant, qui donne l'âge de la première attaque chez 165 malades, dont 106 du sexe masculin et 59 du sexe féminin :

De 7 à 10 ans	20 fois
De 10 à 20 ans	80 —
De 20 à 30 ans	65 —

Le rhumatisme articulaire chronique, rare dans la jeunesse, est au contraire une affection de l'âge avancé, car sur un total de 208 cas observés par nous, il se rencontre :

De 15 à 20 ans	13 fois
De 20 à 30 ans	29 —
De 30 à 40 ans	45 —
De 40 à 50 ans	46 —
De 50 à 60 ans	39 —
De 60 à 70 ans	31 —
De 70 à 80 ans	5 —

La première de ces maladies, presque toujours acquise, survient chez les personnes qui habitent des logements humides, ne recevant pas l'influence bienfaisante du soleil, ou des appartements récemment construits. La seconde est une affection essentiellement héréditaire, peu ou pas influencée par le froid humide. Le début de l'une est brusque, celui de l'autre est plutôt insidieux. Les localisations articulaires sont, dans le rhumatisme franchement aigu, mobiles, très douloureuses sous l'influence des mouvements et ne laissent aucun désordre à leur suite. Ces mêmes localisations, dans le rhumatisme chronique, sont moins douloureuses et laissent à leur suite des ostéophytes et souvent des craquements, des déviations et parfois des ankyloses. La fièvre est intense et les sueurs sont communes dans la première de ces maladies ; elle est médiocre et les sueurs presque toujours nulles dans les poussées aiguës de la seconde. Celle-ci met deux ou trois mois à évoluer et ne se termine jamais fatalement. Celle-là accomplit son cycle dans l'espace de trois semaines environ, et parfois elle est suivie de mort.

Le rhumatisme articulaire aigu a pour localisation spéciale, non seule-

intestins. — Viendraient ensuite d'autres branches plus durables qui seraient représentées par des troubles trophiques du cuir chevelu (calvitie), des ongles et de la peau; puis d'autres plus élevées pour les désordres de même ordre portant sur les articulations (rhumatisme chronique), les aponévroses (rétraction aponévro-palmaire) et les tendons (rétraction tendineuse), sur les veines (varices) et les artères (artério-sclérose). Cette dernière branche donnerait naissance à son tour à un certain nombre de rameaux : dystrophie cardiaque et asystolie, dystrophie rénale et urémie, dystrophie cérébrale (démence), hémorrhagie et ramollissement du cerveau (apoplexie et hémiplégie). Enfin, deux branches des plus importantes, effet d'un désordre de la nutrition générale, viendraient quelquefois s'ajouter aux précédentes : l'uricémie, avec ou sans tophus, et la glycosurie (goutte et diabète).

ment les membranes synoviales mais encore le péricarde, l'endocarde, les plèvres, plus rarement l'arachnoïde et le péritoine. Le rhumatisme chronique se localise de préférence aux cartilages diarthrodiaux, au périoste péri-cartilagineux, aux ligaments, aux tendons et aux aponévroses ; il est presque invariablement accompagné ou suivi d'artério-sclérose.

La localisation si commune du rhumatisme articulaire aigu sur la valvule mitrale est généralement grave par le retrait qui en est la conséquence. Ce rétrécissement est en effet la grande cause des hypérémies et des hydropisies qui tuent. Dans le rhumatisme chronique, au contraire, le danger est dans l'artério-sclérose avec ou sans insuffisance de l'orifice aortique et dans les désordres dystrophiques consécutifs des organes, notamment des reins, du cœur et du cerveau. La première de ces maladies n'est généralement précédée ou suivie d'aucun désordre, excepté d'une angine particulière ; la seconde, au contraire, fait partie de toute une série de manifestations pathologiques, nées sous des influences semblables à celles qui président au développement des lésions articulaires.

Nous n'essayerons pas de pousser plus loin ce parallèle, la chose est inutile; il est facile de remarquer qu'aucun des caractères importants de la fièvre rhumatismale n'appartient au rhumatisme chronique et inversement. Donc, la conclusion à tirer de cette leçon, c'est que le rhumatisme articulaire aigu est une maladie spéciale, et le rhumatisme articulaire chronique une affection absolument distincte du rhumatisme articulaire aigu et faisant partie d'une série morbide fort différente.

De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 octobre 1889,

Par le docteur MONCORVO, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la Polyclinique générale de Rio-Janeiro.

OBS. XI. — Minervina, 5 ans, née à Rio-Janeiro, présentée pour la première fois à la Polyclinique le 9 avril 1889.

Cette fillette est prise de crises d'asthme presque toutes les semaines, depuis le onzième mois après sa naissance; on l'amène précisément au moment d'une de ces crises.

L'aspect extérieur est le suivant : L'enfant est pâle, rachitique (chapelet chondrocostal, nodosités épiphysaires; dépression de l'ogive palatine); les dents sont érodées; les amygdales hypertrophiées. Dyspnée; angoisse respiratoire; toux; respiration sifflante. L'auscultation révèle la présence d'une nuée de râles sibilants disséminés dans les deux poumons. Pas de fièvre.

La teinture de lobélia inflata et les inhalations de pyridine amènent l'atténuation de la crise asthmatique.

Le 22 avril. — Une nouvelle crise se déclare. Nous avons de nouveau recours à la lobélia et à la pyridine, que nous avons remplacées par la suite par l'iodure de sodium.

Le 25. — Sensible amélioration; mais, le 30, on nous présente l'enfant en proie à une crise d'asthme assez accusée. On entend, en effet, des râles sibilants en grand nombre; la respiration est très pénible, la face est convulsée; le cœur a des impulsions affaiblies et irrégulières; les bruits sont étouffés. Le pouls est fréquent, petit et irrégulier. T. A. 38°.

---

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 4 et 7 janvier 1890.

Chlorhydrate de quinine, 0 gr. 50 centigr. Teinture de strophantus, X gouttes.

Le 1er mai. — Amélioration sensible la nuit dernière; cependant la respiration est encore fréquente et anxieuse; on trouve encore, en effet, dans les deux côtés du thorax, une infinie quantité de râles sibilants. Néanmoins, les battements du cœur sont beaucoup plus énergiques. Diurèse stationnaire. Apyrexie.

Teinture de strophantus, XII gouttes.

Le 2. — L'accès d'asthme n'a subi aucune modification depuis hier. T. A. 37°6.

Antipyrine, 1 gramme en deux doses. Chlorhydrate de quinine.

Le 3. — Amélioration manifeste; la fièvre a quitté l'enfant depuis hier soir. La toux est nulle, la respiration beaucoup plus libre; les râles sibilants ont diminué beaucoup d'abondance.

Chlorhydrate de quinine; iodothérapie.

Après quelques accidents paludéens aigus, corrigés par un traitement approprié, l'enfant fut de nouveau soumise à l'iodothérapie; on n'eut plus, d'ailleurs, à constater chez elle de nouvelles crises asthmatiques. La famille la conduisit à la campagne.

Les propriétés diurétiques du strophantus ont aussi été utilisées avec beaucoup de profit dans certains cas de néphrite parenchymateuse avec ou sans lésions cardiaques; l'infiltration disparaît, en effet, à la suite de l'administration du médicament; l'énergie cardiaque se réveille en même temps que le rythme des battements se régularise.

Nous allons consigner en détail trois observations dans ce genre d'idées.

Obs. XII. — Marie, 9 ans, Portugaise, admise dans le service de M. le docteur Moncorvo le 14 février 1889.

Coqueluche à 2 ans; rougeole à 3 ans. Dès les premiers mois de sa vie, elle fut en butte à des accès d'oppression qui amenaient une prompte fatigue.

Depuis quelques jours, cette enfant présente de l'œdème de la face et des extrémités. La quantité d'urine rendue est au-dessous de la normale.

A l'auscultation, bruit de souffle systolique à la pointe, et la percussion révèle l'existence d'hypertrophie du ventricule droit. Pouls petit, irrégulier.

L'enfant est pâle et porte des tares d'hérédo-syphilis telles que l'adénopathie, odontopathie, sclérose amygdalienne, etc. Pas d'antécédents rhumatismaux. Le foie est engorgé et douloureux.

1° Eau-de-vie allemande, 15 grammes; — 2° teinture de strophantus, VIII gouttes.

Le 20 février. — Disparition complète de l'œdème à la suite de l'administration de l'eau-de-vie allemande.

Les urines des dernières vingt-quatre heures ont atteint le chiffre de 1,000 grammes. Les contractions du cœur sont beaucoup plus énergiques et présentent plus de régularité. Pouls à 90, encore petit, mais plus régulier. Pas d'albumine dans les urines.

Teinture de strophantus, VIII gouttes en trois doses.

Le 21. — Plus rien de l'œdème. Urines, 1,000 grammes; l'activité du cœur augmente. Pouls à 90, plus plein.

Teinture de strophantus, X gouttes.

Le 25. — Urines des vingt-quatre dernières heures, 1,000 grammes.

Tolérance parfaite pour le strophantus.

Obs. XIII. — Benjamin, 11 mois, né à Rio, amené à la Polyclinique, service de M. le docteur Moncorvo, le 15 février 1889.

A l'âge de six mois, éruption pustuleuse et quelques gommes, dont la dernière sur la région mentonnière. Rhinite ancienne. Lobule du nez violacé. Alopécie. Adénopathie. A peine deux incisives médianes inférieures. Sclérose amygdalienne. L'enfant n'esquisse même pas ses premiers pas.

Soumis, il y a quelques semaines, à l'usage du lait de vache, l'enfant fut pris d'une diarrhée assez abondante qui céda à un traitement approprié; mais, peu à peu, le tronc et les membres furent successivement envahis par un œdème qui est actuellement con-

sidérable, surtout dans le voisinage des extrémités, qui sont refroidies. Le cœur est assez affaibli; les bruits de ses battements sont étouffés. Urines rares. Langue saburrale. Actuellement, selles normales.

Teinture anglaise de strophantus, VIII gouttes dans une potion à prendre en trois doses. Mais, le médicament ayant été préparé dans une pharmacie qui était loin de mériter toute confiance, on fit refaire la potion chez un autre pharmacien qui avait préalablement essayé la teinture de Fraser, qu'il connaissait d'ailleurs.

Le 18 février. — Notable diminution de l'œdème; diurèse augmentée. Il est impossible de recueillir la totalité de l'urine excrétée pour en déterminer la quantité.

La température du corps reste parfaitement uniforme. L'impulsion cardiaque est beaucoup plus énergique.

On répète la teinture de strophantus à la même dose.

Le 20. — La quantité d'urine est très augmentée. Température 140. Il convient de remarquer que, pendant l'examen, l'enfant pleurait fort et se débattait très violemment. D'ailleurs, il n'y a presque plus trace d'œdème; la respiration est tout à fait normale; le sommeil tranquille et l'appétit bon.

Potion avec VI gouttes de teinture anglaise de strophantus à prendre dans les vingt-quatre heures.

Le 22. — L'enfant s'agite tellement qu'il devient impossible de se rendre compte des conditions de l'organe cardiaque par rapport à la fréquence des battements, à l'intensité de leurs bruits, etc. L'infiltration a presque disparu. Un peu de toux, T. R. 38°9, Quatre à cinq selles diarrhéiques dans la journée. Ces accidents, de nature palustre, nécessitèrent l'emploi de la quinine, qui en triompha bientôt. Quelques jours plus tard, l'enfant ne portait plus la moindre trace d'œdème et urinait abondamment, au dire de la mère.

Malgré toutes les tentatives faites dans le but d'analyser l'urine, nous n'avons pu y réussir, l'enfant ne se prêtant absolument pas à uriner dans le récipient qu'on avait destiné à recueillir ce liquide.

Obs. XIV. — Manuel, 11 ans, né à Rio-Janeiro, a été présenté dans le service du docteur Moncorvo, à la Polyclinique, le 2 avril 1889.

La mère nous déclare que, l'enfant étant allé habiter dans un quartier très humide, où il habite encore, d'ailleurs, fut frappé, quelques jours après, d'infiltration à la face et aux membres. Il y avait de l'albumine dans les urines. L'impulsion cardiaque était affaiblie, de sorte que les bruits du cœur étaient peu distincts. Le pouls était petit et irrégulier. Oligurie.

A la suite de l'usage de la teinture de strophantus à la dose journalière de X gouttes, on vit l'infiltration disparaître entièrement au bout de quelques jours, en même temps que le cœur reprenait son énergie contractile. On pouvait alors entendre un bruit de souffle systolique doux, avec son maximum d'intensité à la pointe.

Le pouls devint de plus en plus régulier, et le taux de l'urine rendue dans les vingt-quatre heures augmenta sensiblement. Néanmoins, lors du dernier examen, on constatait encore des traces d'albumine.

Conclusions. — De tout ce que nous venons de dire, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes.

I. Le strophantus, à titre de cardiaque et de diurétique, est sans contredit une précieuse acquisition pour la thérapeutique infantile, tant par son énergie et sa promptitude d'action que par sa parfaite innocuité chez les enfants, même chez ceux du premier âge.

II. Dans les cas de lésions mitrales ou tricuspidiennes avec hyposystolie et oligurie, le strophantus administré sous forme de teinture alcoolique (Fraser) amena le rétablissement de la tonicité du cœur, la régularisation du rythme de ses battements, ainsi que l'amplitude et la force du pouls. Enfin il agit, presque sans exception, comme puissant diurétique.

III. Dans les cas d'affections pulmonaires ou broncho-pulmonaires de l'enfance, compliquées si fréquemment d'insuffisance cardiaque, le strophantus est également appelé à rendre d'excellents services, à titre de tonique du cœur. Ce fait a été démontré dans des cas d'asthme chez des enfants de 9 à 11 ans.

IV. L'action thérapeutique du strophantus ne semble pas être transitoire, car chez un certain nombre de petits malades, les heureux résultats de son emploi persistèrent bien longtemps après la cessation du traitement.

V. Jamais je n'ai été à même, jusqu'à ce jour, de constater aucune influence bien démontrée du strophantus, soit sur le système nerveux central, soit sur la température.

VI. Chez tous les malades qui ont fait l'objet de ce travail, le médicament a été employé sous forme de teinture alcoolique au vingtième, et la dose varia, d'après les cas et l'age des malades, entre IV et XVIII gouttes dans les vingt-quatre heures.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 janvier. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Grosclaude (d'Elbeuf) relative à l'épidémie actuelle.

2° Une lettre de M. le docteur Michon, qui se porte candidat dans la classe des associés libres.

3° Un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'épidémie de 1889-1890 (dengue modifiée)*, par M. le docteur J. Pioger.

4° Une note de M. G. Martin (de Bordeaux) sur l'amblyopie dans l'astigmatisme.

5° La liste des vaccinations faites en 1889 par Mme Laffitte (de Salon-de-Béarn).

— M. COMMENGE a recherché, dans une période de dix ans (1878 à 1887), le nombre des femmes malades parmi : 1° Les inscrites en maison ou en carte; 2° Les inscrites arrêtées souvent ; 3° Les insoumises.

Filles en carte. — Pour 305,799 visites : syphilitiques, 3,12 p. 1000 visites ; vénériennes non syphilitiques, 3,06 p. 1000; gale, 0,36 pour 1000.

Filles en maison. — Pour 503,712 visites : syphilitiques, 2,70 p. 1000 visites ; vénériennes non syphilitiques, 2,52 p. 1000; gale, 0,30 pour 1000.

Filles arrêtées. — Pour 76,740 visites : syphilitiques, 23,96 p. 1000 visites; vénériennes non syphilitiques, 11,46 p. 1000; gale, 4,06 p. 1000.

Filles insoumises. — Pour 27,041 visites : syphilitiques, 166 p. 1000 visites; vénériennes non syphilitiques, 134 p. 1000; gale, 19 p. 1000.

On voit qu'il y a énormément de syphilitiques dans les filles du dépôt et encore plus parmi les insoumises.

M. Commenge a donné les chiffres suivants pour les malades de chaque catégorie :

Filles en carte. — Pour 13,048 femmes visitées : syphilitiques, 953 (7,30 p. 100); vénériennes non syphilitiques, 936 (7,16 p. 100); galeuses, 114 (0,85 p. 100).

Filles en maison. — Pour 10,494 femmes visitées : syphilitiques, 1,361 (12 p. 100); vénériennes non syphilitiques, 1,272 (13,12 p. 100); galeuses, 146 (1,32 p. 100).

Filles insoumises (3° et 4° catégories). — Pour 27,041 filles insoumises arrêtées : syphilitiques, 4,513 (16,69 p. 100); vénériennes non syphilitiques, 3,640 (13,41 p. 100); galeuses, 530 (0,95 p. 100).

Les chiffres recueillis par l'auteur démontrent une fois de plus la nécessité de surveiller la prostitution.

— M. Sée continue la discussion de la *prophylaxie de la tuberculose.* Il communique un décret rendu, il y a cent ans, par le roi de Naples :

1° Tout médecin traitant est tenu rigoureusement de fournir un état à la Régence aussitôt qu'il a constaté la phthisie, c'est-à-dire l'ulcère pulmonaire chez un de ses clients. S'il néglige cette dénonciation, il est passible d'une amende de 400 ducats, et, en cas de récidive, il est condamné sans appel à un bannissement de dix ans.

2° Les malades pauvres sont, après la constatation de la maladie pulmonaire, amenés aussitôt, et sans plus ample informé, à l'hôpital.

3° Les directeurs des hôpitaux doivent conserver à part les vêtements et linge destinés aux phthisiques.

Il sera fait un inventaire des vêtements qui avaient été portés par tout individu reconnu tuberculeux, et après sa mort le directeur doit vérifier si toutes les parties de l'habillement sont encore présentes.

Toute contravention à cette partie du décret sera punie de l'emprisonnement ou même des galères.

4° L'autorité a le devoir de renouveler la chambre du malade, c'est-à-dire le parquet, les couvertures et les tentures, de brûler les fenêtres et les portes et de les remplacer par d'autres.

5° Des peines sévères seront appliquées à tous ceux qui achètent ou vendent des effets ayant appartenu à des phthisiques.

6° Toute maison dans laquelle succombe un phthisique sera mise à l'index.

Ce règlement fut appliqué jusqu'en 1848, et cependant, d'après M. de Renzi, il n'entrava en rien le développement de la tuberculose.

M. G. Sée communique ensuite à l'Académie une lettre qu'il a reçue de M. Cornet et dans laquelle ce médecin dit qu'il n'admet guère la propagation de la phthisie que par les crachats secs ; le rôle que l'on fait jouer à l'hérédité et à la prédisposition, est très exagéré. L'air respiré par les phthisiques n'est pas dangereux.

Il n'y a donc pas de contagion atmosphérique de la tuberculose. Elle ne se produit pas dans les salles de médecins des hôpitaux d'enfants, parce que ces derniers ne crachent pas.

Dans les salles où sont des phthisiques adultes, on peut annuler tout danger par des soins de propreté.

En présence d'un tuberculeux, il vaut mieux ne rien dire, car nous ne connaissons pas de remède à la maladie qui est cependant curable dans des conditions ignorées.

Il faut, dans la phthisie, détruire les crachats et prescrire un régime gras.

M. Widal fait remarquer que, tandis que la tuberculose pulmonaire était très rare en Algérie avant l'occupation française, elle devient très fréquente. Population civile et population militaire sont très atteintes, mais la mortalité est moins élevée qu'en France.

M. Widal pense que peut-être l'implantation de la maladie est due au séjour de nombreux phthisiques qui viennent hiverner à Alger.

Il demande que l'on n'envoie en Algérie que les malades pas trop avancés. A la période des cavernes, ils sont très dangereux et, de plus, meurent aussi vite ou même plus vite qu'en Europe.

Pour M. Trélat, l'on a exagéré l'hérédité de la tuberculose. En effet, le fœtus ne reçoit qu'extrêmement rarement le bacille du sang maternel, et la question se réduit à dire que ses parents lui ont transmis une prédisposition à être une sorte de bouillon de culture.

La contagion est la cause presque unique de la tuberculose, et c'est contre elle qu'il faut diriger nos efforts.

Les conclusions de la Commission paraissent excellentes à M. Trélat ; elles ne peuvent effrayer le malade, elle ne peuvent empêcher son entourage de le soigner.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 2 janvier 1890. — Présidence de M. POLAILLON.

Bureau pour l'année 1890 : Président, M. Polaillon; premier vice-président, M. Leblanc; deuxième vice-président, M. Porak; secrétaire général, Gillet de Grandmont; secrétaire général adjoint, M. Crougniau; secrétaires annuels, MM. Gautrelet, Bovet, Lecerf, Guelpa, Petit, Tisné, Tolédano, Cérémonie.

Traitement abortif du furoncle, de l'anthrax et du phlegmon. — M. JASIEWICHZ lit une note à ce sujet où il dit que les liquides antiseptiques ne lui ont donné aucun résultat. Mais l'auteur, après avoir examiné les autres méthodes abortives, après avoir étudié les causes diverses de la production, les inflammations de la peau et du tissu cellulaire et montré que la suppuration, terme de toutes les maladies infectieuses, aiguës ou chroniques, générales ou locales, est la contre-partie du phénomène bienfaisant d'abord de la phagocytose, conclut que le seul traitement abortif applicable est celui de Dobson, conseillé par le professeur Lefort, parce que les *scarifications multiples* pratiquées avec une lancette plusieurs fois en vingt-quatre heures ont pour résultat la diminution de la congestion, la cessation de la stase sanguine, puis de favoriser l'hématose locale et par conséquent de lutter contre l'hypergénèse des globules blancs et de faire disparaître la suppuration. Cette méthode doit être aidée par une médication ayant pour but le traitement des symptômes divers qui accompagnent les accidents locaux.

M. POLAILLON rappelle qu'il a donné il y a longtemps déjà le moyen de détruire radicalement le bourbillon des furoncles et anthrax, en les traitant par de petites flèches de chlorure de zinc de 1 centimètre de longueur et de 3 millimètres d'épaisseur. Ce traitement a pour but de détruire les microbes en desséchant le bourbillon qui s'élimine très facilement et fait ainsi cesser toute inflammation.

Le traitement consécutif réside dans des lavages avec une solution de sublimé très étendue, afin d'éviter toute possibilité d'érysipèle.

Les secrétaires des séances, Drs Ch. BOVET et E. GAUTRELET.

COURRIER

Par décrets, en date du 31 décembre 1889, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Le Janne, médecin de première classe de la marine, en retraite; Rémy, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1889, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Déconquans (à Aurillac); Kelsch, professeur au Val-de-Grâce; E. Hardy (à Paris); Leblond (à Paris); Roy (à Melun); Jullien (à Paris); Néis, médecin de la marine; Dastre et Livois (à Paris); Livon (à Marseille); Testut (à Lyon); Grynfelt (à Montpellier); Charpentier (à Nancy); Malassez, Wignal, La Vieille et Cocquet (à Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Barrabé (à Domfront); Blockberger (à Notre-Dame-de-Franqueville); Bœll (à Baugé); Bouhon (à Bayon); Burot (à Rochefort); Danthon (à Montluçon); David (à la Graulière); Delfau (à Villeneuve-d'Aveyron); Deschamps, médecin-major de deuxième classe au 13e d'infanterie; Dubar (à Armentières); Fonteneau (à Oran); Forichon (à Montet); Lasaigne (à Tournon); Lestage (à Aïn-Bessem); Marty (à Narbonne); Moty, médecin-major de première classe au Val-de-Grâce; Perrin (à Argentan); Pierron (à Chazay); Piot (à Aiguebelle); Schneider et Stroebel, médecins-majors de deuxième classe; Vagnat (à Briançon); Capitan, Chevalet, Feulard, Goubert, X. Gouraud, Haussmann, Marchant, Masson, Mérijot, Rouillard, Gérard-Marchand, Hanot, Martha, Barthélemy, Serrand, Bérillon, Helme, Beurnier (à Paris); Lassalle (à Lormont); Leroy (à Fransart); Groussin (à Bellevue); Leprevost (au Havre); Maison (au Vésinet);

Vincent (à Alger); Rondot (à Bordeaux); Cerné (à Rouen); Bousquet (à Clermont); Levrat, Mayet, Vinay (à Lyon); Soubeiran, Carrieu (à Montpellier); Lauglois (à Nancy); Hache (à Brest); Barrandon (à Montpellier); Carton, médecin aide-major de première classe; Chedevergne (à Poitiers); Petit (à Rennes); Jeannel (à Toulouse); Nègre, Rouvier, de Brun (à Beyrouth); Weiss (à Coutances); Ravier (à Savigny).

M. l'officier de santé Jaubert (à Djurdjura).

Mme la sage-femme Demamiel (à Paris).

— Deux propositions de loi sur l'exercice de la médecine ont déjà été déposées sur le bureau de la Chambre et renvoyées à l'examen d'une commission spéciale. Elles ont pour auteurs : l'une M. le docteur Chevandier, l'autre M. Lockroy.

La commission est ainsi composée :

Président : M. le docteur Chevandier (Drôme); secrétaire : M. le docteur David (Alpes-Maritimes) ; MM. les docteurs Dellestable (Corrèze); Gacon (Allier); Signard (Haute-Saône); Langlet (Marne); Isoard (Basses-Alpes); Cosmao-Dumenez (Finistère); Grisez (Haut-Rhin); Bourgeois (Vendée) ; Vachery (Haute-Vienne).

Spermine. — On lit dans le dernier numéro de la *Correspondentz-Blatt der Schweitzen Aertze* :

Plus de suc testiculaire!... Spermine! La maison américaine Parke Davis et Cie met en circulation une substance basique, isolée du sperme des animaux $C^2 H^5 N$, vraisemblablement identique avec les cristaux Charcot-Neumann — la spermine — de la même manière que les triturations testiculaires de Brown-Sequard, et qui est supportée sans provoquer de réaction. Un matelot nègre de 75 ans, qui, — en raison de son âge, — ne pouvait plus remuer, fut, aussitôt après trois injections, à même de monter dans un tramway en marche !

— L'Institut des sciences de Milan ayant établi un concours international pour le meilleur travail original sur la question de l'hypnotisme a décerné le prix d'une valeur de 2,000 francs au mémoire écrit en français de MM. les docteurs de Grandchamps et Régnier, interne des hôpitaux de Paris.

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 janvier 1890. — *Ordre du jour* : 1. Installation du bureau. — 2. M. Rougon : Est-ce la grippe? Est-ce la dengue ? — 3. M. Desnos : Calcul volumineux ayant pour noyau quatre épingles à cheveux. Taille vésico-vaginale. — 4. M. Pinteaud Desâllées : Observations. — 5. Communications diverses.

Sommaire de la *Revue philosophique*, n° de janvier 1890 (15e année).

Secrétan : L'économique et la philosophie. — B. Bourdon : La certitude. — Naville (Adrien) : Remarques sur l'induction dans les sciences physiques. — Lombroso et Ottolenghi : L'image physique et l'acuité visuelle dans l'hypnotisme. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers.

Abonnements : un an, Paris, 30 francs ; départements et étranger, 33 francs ; la livraison, 3 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour une localité dans la grande banlieue de Paris. — S'adresser au bureau du Journal.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

PHTHISIE. L'émulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Traité de médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Endométrite et curage,

Par L.-G. Richelot (1).

Pourquoi donc un auteur, quand il est en possession d'un instrument qui lui rend service, ne peut-il échapper à la tentation de déprécier ceux dont il n'a pas une égale expérience ? Chacun de nous a ses habitudes et suit la voie qui lui donne le succès ; à des mains différentes ne conviennent pas les mêmes actes, et ce serait folie de vouloir uniformiser la pratique chirurgicale. Au-dessous des idées directrices, au-dessous des méthodes il y a les procédés, qui sont quelquefois de valeur presque égale, et surtout peuvent se suppléer utilement quand changent la main qui opère, le milieu, les aides, le malade lui-même.

M. Dumontpallier, en présentant à l'Académie son traitement de l'endométrite par le crayon de chlorure de zinc, a sagement fait de ne pas dénigrer les autres. A mon tour, je ne dirai aucun mal de son procédé, dont je n'ai pas l'expérience, car je ne veux pas tomber dans le travers que je viens de signaler, et d'autre part, j'ai confiance dans les assertions et dans les faits de notre collègue. Aussi n'est-ce pas à lui que s'adresse la courte discussion qui va suivre.

On a dit que les chirurgiens abusaient du curage. L'abus, vous le trouverez partout, dans toutes les questions. Voulez-vous parler des excès motivés auxquels se livrent les faiseurs d'affaires ? Vous prenez une peine bien inutile. Voulez-vous dire que, dans l'application d'un procédé encore jeune, quelques-uns ont d'abord méconnu les indications justes ? Ce n'est pas nouveau, et le reproche est banal. Entendez vous enfin que le curage de l'utérus dans l'endométrite a une valeur douteuse, un champ d'action limité? C'est alors qu'il faudrait justifier votre dire, en serrant la question d'un peu près.

Les *endométrites cervicales* récentes s'améliorent et se guérissent peu à peu avec les pansements antiseptiques, l'iodoforme, les caustiques légers, le thermo-cautère ; les *endométrites du corps*, dans les mêmes conditions de bénignité, cèdent à la médication intra-utérine par l'iodoforme, les badigeonnages iodés, etc. Mais si la muqueuse utérine est le siège d'une inflammation chronique, invétérée, avec fongosités, hémorrhagies, suppuration, alors il faut la modifier profondément ou la détruire, et le curage fait merveille ; c'est le traitement par excellence de l'endométrite rebelle. S'agit-il du col, la curette ne vaut plus rien, il faut aviver et suturer les déchirures

(1) Extrait d'un travail publié dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1889.

latérales par le procédé d'Emmet, ou emporter la muqueuse malade et reconstituer le museau de tanche par le procédé de Schrœder. Et comme les états graves de la muqueuse utérine coïncident très souvent avec un gros col en éversion, congestionné, catarrheux, il m'arrive très souvent aussi de faire dans la même séance, après deux ou trois jours de dilatation, le curage et la résection anaplastique du col. On peut guérir ainsi — guérir sérieusement — dans un délai de quinze jours au maximum, des métrites que l'ancienne gynécologie laissait traîner pendant des mois et des années, pour n'arriver trop souvent qu'à des améliorations passagères.

En présence de ces faits, je demande ce que veut dire l'abus du curage. Si par hasard on l'emploie pour une endométrite qui aurait pu céder à des moyens plus simples, on risque de faire un peu plus que le nécessaire et de guérir la malade un peu plus vite qu'elle ne l'exigeait, voilà tout. Restent toujours à l'actif du procédé la possibilité d'une grossesse ultérieure — je l'ai constatée comme bien d'autres — et l'innocuité parfaite.

On a dit que le curage n'était pas sans danger. Voilà une proposition contre laquelle je m'élève d'une manière absolue. On peut abaisser l'utérus, le dilater, l'inciser, le gratter, sans provoquer la plus petite réaction fébrile. Les malheurs qu'on a mis autrefois sur le compte du simple abaissement sont des accidents septiques dus à la piqûre du col par des instruments sales dans un milieu non désinfecté. Chez les femmes les plus sensibles, qui jettent des cris au moindre attouchement du col, l' « intolérance utérine » n'existe pas ; car l'*intolérance utérine, c'est l'inoculation.* Craignez-vous l'inhabileté ou le manque de soins de l'opérateur ? Il me semble aussi facile d'appliquer un caustique de travers que de faire un curage maladroit.

On a dit enfin que le curage n'était pas toujours efficace. Cela doit être bien vrai, car le curage a été mal fait par plus d'un, je n'en doute pas. Ce n'est pas qu'il soit difficile, mais encore faut-il savoir le but qu'on se propose. Il s'agit, non pas d'effleurer la muqueuse pour ébarber les fongosités, mais bien de l'abraser jusques à ses couches profondes, car elle est malade dans toute son épaisseur, et de la détruire aussi complètement que possible afin qu'elle cède la place à une muqueuse nouvelle. Il faut opérer longuement, revenir sur tous les points avec insistance, et ne pas craindre de mettre à nu le tissu musculaire, car le pansement intra-utérin, badigeonnage créosoté, iodoforme, etc., met à l'abri des accidents. Ajoutons que, s'il y a un gros col à traiter, le curage seul est insuffisant ; l'opération sur le col peut être la principale et quelquefois la seule chose à faire. En d'autres termes, il ne faut pas négliger le diagnostic et se conduire empiriquement.

A la rigueur, j'aurais pu répondre au reproche d'insuffisance que nul traitement n'est infaillible. Sur les cent malades de M. Dumontpallier, nous trouvons quelques guérisons incomplètes ; l'auteur signale certaines précautions à prendre pour éviter l'atrésie post-opératoire ; enfin, n'y a-t-il pas çà et là des utérus peu complaisants qui n'admettent pas les tiges médicamenteuses sans avoir été préparés, et ne voit-on pas déjà quelques inconvénients poindre à l'horizon, à côté des avantages et surtout de la séduisante simplicité du chlorure de zinc? Mais encore une fois, je ne fais pas le procès du crayon caustique, et je reconnais pleinement son droit à l'existence ; mon seul but est de prouver que, s'il est utile aux malades, ce n'est pas une raison pour que la curette leur soit devenue mauvaise et ait

perdu subitement le pouvoir de nous donner des guérisons rapides et complètes, quelquefois merveilleuses. Vous en jugerez par le fait suivant.

J'ai opéré, le 20 juin 1889, Mme Lydie W..., malade depuis douze ans. Son histoire est longue et accidentée. Elle s'est mariée en 1875; jusqu'en 1885, elle a eu six grossesses, deux seulement ont été normales. Plusieurs fausses-couches l'ont beaucoup éprouvée.

Des chirurgiens fort connus, consultés en Allemagne, ont épuisé sur elle leur science du diagnostic, et lui ont fait subir des traitements variés. Mais tous ces tâtonnements ne donnaient aucun résultat; on croyait tantôt à une maladie de l'ovaire gauche, tantôt à une lésion utérine au niveau de l'insertion du ligament de l'ovaire, tantôt à une inflammation chronique du ligament large. Comme la malade ne cessait de souffrir et que « les gynécologues ne constataient rien, en fin de compte, dans le domaine de leur spécialité », le professeur E... admit une maladie des reins, une colique néphrétique ayant pour cause l'excès d'acide urique démontré par les analyses. Une cure entreprise dans cette direction avec le carbonate de lithine ne fit qu'aggraver la situation; le sommeil et l'appétit disparurent; les douleurs, qui jusque-là offraient des rémissions, devinrent continuelles. Elles s'accompagnaient d'un gonflement douloureux de l'épigastre; elles irradiaient vers les reins et les cuisses, de telle façon que la malade pouvait à peine marcher.

Nous arrivons au mois de janvier 1887. Mme W... profite d'un séjour à Berlin; mais Schrœder souffre déjà de la maladie qui devait l'emporter; c'est le docteur V... qui l'examine à la place de Schrœder. Il trouve « une inflammation de la muqueuse utérine sur un point circonscrit, nettement dessiné, très sensible au contact ». Il affirme ce diagnostic et ne doute pas de guérir le mal complètement par une opération facile et sans danger, le grattage du point en question (auskratzung). L'assurance du docteur V... décide la malade; l'opération est faite le lendemain, sans préparation, sans dilatation de l'utérus; l'opérée se lève au bout de quatre jours, puis, pendant deux semaines, elle subit tous les jours une manœuvre intra-utérine qu'elle ne peut décrire, mais qui lui cause « une affreuse douleur ». Les deux semaines écoulées, on lui déclare qu'elle est guérie; elle quitte Berlin, souffrant toujours; la douleur est telle en août et septembre, qu'elle revient consulter le professeur O..., qui déclare que le premier grattage a été insuffisant, et qu'il faut en faire un second. Mais elle refuse et rentre à Pétersbourg, ayant perdu toute confiance et n'ayant plus de courage. Depuis ce moment jusqu'à la présente année, les douleurs continuent avec des alternatives de mieux et de pire, et quelques rémissions pendant les règles. Mme W... est triste, nerveuse, et mène une vie lamentable.

C'est alors que les instances de sa belle-sœur la décident à venir à Paris. Après la Russie et l'Allemagne, elle consent à demander secours à la France.

J'avoue que la situation ne me parut pas extraordinaire, et que l'utérus de cette dame ne m'offrit aucun problème difficile à résoudre. Il était sensible au toucher, mobile et sans flexion; le col, entr'ouvert et un peu gros, semblait attiré vers le cul-de-sac latéral gauche; la souplesse était normale dans les deux culs-de-sac, mais, en portant le doigt très haut sur le côté gauche du col, en même temps que l'autre main déprimait la paroi abdominale, on trouvait un point dur et sensible au niveau de la corne utérine;

rien de plus. Au spéculum, le col était congestionné, béant, mais il n'y avait ni ulcération ni éversion de la muqueuse. Au cathétérisme, la sonde pénétrait assez bien, mais au moindre contact la muqueuse utérine saignait un peu et la malade jetait un cri de douleur. L'utérus descendait à peine sous les tractions, retenu à gauche par l'adhérence qui tirait le col de ce côté. Cavité, 8 centim. 1/2; catarrhe muco-purulent.

Il n'était pas difficile de constater une vieille métrite, ayant retenti sur les annexes. Mais que dire sur le degré de ces lésions, leur valeur respective, leur rôle dans les souffrances de la malade, et par suite les indications qu'elles faisaient naître? Endométrite ancienne de douze ans, d'origine puerpérale, muqueuse utérine profondément atteinte, voilà qui ne pouvait faire l'objet d'aucun doute. Je me gardai bien de chercher un point malade sur la muqueuse, comme on l'avait fait à Berlin; cette finesse de localisation, qui peut être valable en certains cas, n'avait ici aucune raison d'être. Quant aux lésions des annexes, depuis longtemps elles accompagnaient la métrite, mais, au lieu d'évoluer activement et d'aboutir à des collections séreuses, hématiques, purulentes de la trompe ou de l'ovaire, elles avaient marché lentement, s'étaient pour ainsi dire dérobées au diagnostic, si bien qu'on avait parlé tour à tour de périmétrite, d'ovarite, d'inflammation du ligament large, de fibrome, et semblaient transformées aujourd'hui en quelque vieille adhérence avec induration au niveau de la corne gauche. Fallait-il les accuser d'être l'origine des douleurs? Avaient-elles une si grande importance? Tel était le seul point délicat : en traitant l'utérus, je risquais de laisser des ovaires malades et douloureux; en enlevant les ovaires, je m'exposais à faire une laparotomie inutile pour de vieilles lésions endormies, sans toucher à la vraie cause du mal.

Les signes de la métrite sautaient aux yeux; les douleurs hypogastriques n'étaient pas localisées à la région des ovaires; tout compte fait, l'état morbide de l'utérus paraissait dominer la situation. J'appelai en consultation Terrier, qui n'hésita pas à me conseiller le traitement chirurgical de la métrite, me disant qu'on pourrait toujours aller plus loin si la guérison n'était pas obtenue d'emblée; et Landouzy, qui fit un examen médical approfondi et me donna carte blanche.

L'opération décidée, je commençai par dilater l'utérus pendant quelques jours avec les tiges de laminaire iodoformée. La dilatation lente n'est pas toujours nécessaire, mais elle amène un relâchement des tissus, une détente favorable, et elle commence l'antisepsie utérine. Ma malade n'avait pas eu à se louer, comme vous l'avez vu, d'un curage fait au pied levé, sans préparation.

La dilatation fut interrompue par les règles, venues prématurément, et le curage de l'utérus eut lieu le 20 juin. Je ne vous décrirai pas l'opération : badigeonnage de la cavité avec la glycérine créosotée, action prolongée de la curette sur tous les points. La muqueuse fut grattée longuement avec une certaine vigueur; je m'arrêtai quand je vis que la curette ramenait, non plus des fongosités ou des lambeaux muqueux, mais des parcelles de tissu musculaire. C'est alors seulement que je fis un dernier badigeonnage et que je laissai un crayon d'iodoforme.

Vu l'ancienneté de la maladie, je trouvai utile de diminuer l'épaisseur du col, dont le tissu sclérosé pouvait avoir sa part dans les symptômes. La congestion, d'ailleurs, avait bien diminué depuis la dilatation. Je fis, à droite et à gauche, une petite résection oblique de chacune des deux lèvres,

comme on le fait pour aviver les déchirures latérales dans le procédé d'Emmet, et en respectant la muqueuse du canal cervical pour éviter l'atrésie ultérieure. Chaque plaie latérale fut réunie par deux fils de catgut. Si je ne fis pas la résection anaplastique du col par le procédé de Schrœder, que je préfère d'une façon générale, c'est qu'elle est beaucoup plus difficile à exécuter quand l'utérus ne veut pas descendre.

La malade resta au lit quinze jours, sans fièvre, sans douleur d'aucune sorte. Elle se leva, et fut tout étonnée de ne pas souffrir; elle se mit à marcher, elle reçut des visites, et le mal ne revenait pas. On trouvait alors, au spéculum, un col toujours attiré vers la gauche par la vieille adhérence, mais rose et décongestionné, sans trace de catarrhe. Mme W... est partie pour Biarritz en parfait état, ayant bon appétit, bon sommeil, heureuse et délivrée. J'ai eu récemment de ses nouvelles, depuis qu'elle est retournée à Saint-Pétersbourg; elle est toujours bien portante (janvier 1890).

Il m'a paru intéressant de suivre pas à pas cette longue histoire, et de vous montrer une maladie rebelle pendant douze ans terminée par une opération bénigne suivie d'un repos de quelques jours. L'observation de Mme W... justifie l'opinion que j'ai émise sur la valeur du curage, aidé ou non d'une opération sur le col, dans l'endométrite rebelle; d'autant mieux qu'elle est un exemple entre mille de ce que peut faire ce mode de traitement. Je l'ai choisie parce qu'elle est remarquable à certains égards; mais j'ai maintenant par devers moi un grand nombre de cas analogues, car il ne se passe guère de semaine, à l'hôpital Tenon, où je n'aie l'occasion d'appliquer cette méthode; et toujours, si je mets à part quelques lésions des annexes que j'ai méconnues d'abord ou volontairement négligées pour traiter l'utérus, et qui, restées douloureuses, m'ont forcé plus tard à une intervention radicale, toujours le curage m'a donné les mêmes résultats sans le moindre danger. Aussi ai-je le droit, sans contester les succès obtenus par d'autres moyens, de rester fidèle au curage et de le maintenir, autant qu'il est en moi, au rang qu'il a su légitimement conquérir.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel de physique médicale, par Julien Lefèvre. — Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

On ne peut que féliciter M. Lefèvre de la façon dont il a conçu son manuel. N'accordant à la physique mathématique que la place strictement nécessaire, il s'est surtout attaché à la description et à l'exposé du fonctionnement des appareils dont le médecin a à se servir dans le cours de sa pratique.

L'ouvrage se divise en cinq parties. La première partie traite des notions relatives à la pesanteur. Nous recommandons spécialement les pages consacrées à l'étude des leviers où l'on trouvera de nombreuses applications aux phénomènes physiologiques.

C'est surtout dans la deuxième partie où l'auteur expose ce qui a trait à l'électricité et au magnétisme qu'il a su rendre facile à comprendre et à retenir les nouvelles notations qui ont fait de l'électricité une science pour ainsi dire récente. Trop souvent, les médecins ignorent les quelques principes qui leurs sont indispensables pour traiter les maladies nerveuses par l'électricité, pour comprendre les publications des neuropathologistes.

Les trois dernières parties sont consacrées à l'optique, à l'acoustique et à la chaleur.

Nous ne pouvons que recommander le manuel de M. Lefèvre; c'est de beaucoup le meilleur ouvrage de ce genre qui existe actuellement. — P. Ch.

THÉRAPEUTIQUE

De la créosote de hêtre associée au baume de tolu et au goudron de Norwège.

La créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste, de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène ; son nom vient de κρέας, chair, et σώζω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés ; elle coagule l'albumine, et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue, avec une rapidité surprenante, les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le baume de tolu, qui présente, pour cet usage, des avantages particuliers.

Le baume de tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse.

La réputation du baume de tolu est bien établie, et il nous a suffi de rappeler ces anciens travaux pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine ; mais, comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire,

Il est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêtés à une formule, d'après laquelle MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris, ont préparé des capsules comme suit :

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre ;

7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège;

7 centigrammes 1/2 de baume de tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans les cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire ; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, d'avaler un quart de verre d'un liquide quelconque : eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude. Le mieux est de les prendre en mangeant, moitié au déjeuner et moitié au dîner.

Lorsque les *Gouttes Livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon den'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides. Dr E. Lasniée.

Traitement des dyspepsies par la papaïne.

Au moment où la thérapeutique des dyspepsies revient à l'ordre du jour, le praticien ne doit pas oublier qu'il possède dans la papaïne, « cette pepsine végétale », un agent curatif de premier ordre. Le *carica papaya*, de la famille des cucurbitacées, est le type le plus parfait de ce groupe botanique si curieux, que Darwin appelait « les plantes carnivores » et qui confirme, si pleinement, le génial adage linnéen : « *Natura non facit saltus.* » On sait que notre regretté Würtz (dans plusieurs communications à l'Institut de France) a démontré que la papaïne agit *avec une énergie et une promptitude extraordinaires*, et que ce ferment végétal dissout au moins mille fois son poids de fibrine humide, aussitôt désagrégée en une pulpe semi-liquide chimiquement semblable à la peptone. Qui peut le plus, peut le moins : l'action de la papaïne sur la viande de bœuf s'étend, naturellement, à l'albumine de l'œuf. au gluten et à toutes substances protéiques des deux règnes. Sur le lait, principal·ment, l'effet digestif est remarquable ; ce qui nous explique les nombreuses guérisons de lientérie infantile, obtenues à l'aide de la papaïne.

Ainsi que l'écrit l'un de nos maîtres regrettés, « la papaïne fait digérer, comme l'opium fait dormir ». Ce qui signifie que, sans que l'on s'en doute, les aliments se trouvent, par elle, transformés en un fluide nourricier entièrement élaboré, en un nutriment chyliforme, immédiatement assimilable et capable, par conséquent, de réparer, avec promptitude, les tissus organiques les plus délabrés. L'activité énorme, qu'elle imprime aux phénomènes digestifs, rend donc la papaïne indispensable daus les innombrables cas où la suralimentation se trouve indiquée (diabète, tuberculose et maladies consomptives). Ce ferment eupeptique merveilleux réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Tandis que la pepsine n'agit qu'à hautes doses et dans un milieu acide, la papaïne réussit à doses faibles, et son action n'est pas aussi infidèle que celle de son homogène animale, plus altérable, et dont la composition varie étrangement selon le mode de préparation employé. Tous les médecins qui ont eu recours à la papaïne ont remarqué la constance de son pouvoir dissolvant; son action catalytique sur les albuminoïdes donne lieu au chyme le plus léger et le plus nourrissant qui puisse exister.

L'explication en est aisée à saisir. Tout en apportant à l'estomac le ferment qui lu manque, elle vient en solliciter la sécrétion : action thérapeutique bien plus conforme aux inéluctables lois de la biologie ! Aussi, l'organisme n'a-t-il point pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux. la digestion n'en est que plus parfaite, et ne fait ainsi que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, comme conséquences, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiques, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences, etc... Son action s'étend, en effet, sur toutes les dyspepsies gastro-entériques, qui ne sont, comme l'a très bien vu G. Sée, que des *opérations chimiques défectueuses*. Or, la thérapeutique la meilleure n'est-elle point celle qui repose sur l'étiologie ? Prenons pour exemple un phthisique au troisième degré. Son fonctionnemsnt gastrique, éteint, se trouve subitement relevé par la papaïne; alors, la diarrhée et les vomissements, dérivant de la dyspepsie, s'arrêtent ; la digestion s'opère, normale et indolore ; les peptones, rapidement dialysées, subissent une absorption et une assimilation faciles et complètes. Il y a donc eu, indirectement, une reconstitution organo-plastique opérée, par suite du remède apporté à l'insuffisance des sucs digestifs et à leur qualité défectueuse. C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne, comme le *meilleur ferment* digestif, le peptogène selon Corvisart. Sa puissange digestive fait, en outre, de la papaïne

un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, lee convalescences, la phthisie, le rachitisme, etc. L'illustre Vauquelin aimait à la comparer à « du sang privé de son pigment coloré », et le dénommait *sorte de lymphe végétale*.

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette-Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne Trouette-Perret, destiné de préférence aux enfants, à la dose d'une cuillerée à café après chaque repas, est très agréable et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne, de la même marque, destiné aux adultes, à la dose d'un verre à liqueur après chaque repas, est à base de liqueur anisée et possède une puissante action curative dans la plupart des formes de dyspepsies. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens sont (de même que le *vin*, les *cachets* et les *dragées* de papaïne) toujours exactement dosées. Leurs effets sont sensiblement identiques pour chacune des formes médicamenteuses qui effectuent toujours, d'une façon régulière et certaine, la peptonisation des substances albuminoïdes. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de l'officine. Mais (ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères), « la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument, pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial... »

Dr Pol. VERNON.

De quelques nouvelles médications.

EMPLOI DU SULFATE DE CHAUX CONTRE LES CONVULSIONS INFANTILES, par H. Valentine KNAGGES. (*Ther. Gaz.* et *Courrier médical*, 1889.)

L'auteur emploie ce remède contre les convulsions si fréquentes chez les enfants pendant la dentition, après une chute sur la tête, dans la méningite et assez souvent dans la tuberculose aiguë. Les enfants au-dessous de six mois reçoivent toutes les heures une cuillerée à café de la solution suivante :

Sulfate de chaux................................	6 centigr.
Eau distillée....................................	250 grammes.

On peut élever un peu cette dose. Chez les enfants au-dessous d'un an, on peut employer des doses variant entre 0,75 et 0,3 par heure ; du reste, la fréquence de l'administration dépend de la plus ou moins grande gravité des cas à traiter. Il faut se servir toujours d'un médicament fraîchement préparé, celui-ci devenant rapidement inactif. On peut le mélanger au sucre de lait. Il est bon d'alterner l'emploi de l'antipyrine avec celui du sulfate de chaux, quoique, d'après l'observation, l'antipyrine, dans ces cas, soit antagoniste du sulfate de chaux. C'est ainsi que l'administration de 0 gr. 03, 0 gr. 12 d'antipyrine semble exaspérer et aggraver les convulsions. Mais toutes les fois où le sulfate de chaux produit une action trop dépressive sur le système nerveux, il faudra l'alterner avec l'antipyrine qui agit alors comme stimulant.

LE SOZOÏODOL EN RHINOLOGIE ET EN LARYNGOLOGIE, par le docteur STERN. (*Le Scalpel*, 1889, 17.)

Dans sa thèse, l'auteur détermine les indications de ce nouveau produit. Il confirme pleinement les expériences de Langyaard et de Fritsche sur l'action du sozoïodol sur les microcoques de la suppuration. Il adopte la nomenclature proposée par Langyaard, et d'après laquelle :

Acide sozoïodolique = acide di-iodo-para-phénol sulfonique.
Sozoïodol potassique = sozoïodol difficilement soluble.
Sozoïodol sodique = sozoïodol facilement soluble.

Quant aux autres sels, on les désigne en ajoutant au mot sozoïodol le nom de la base et la particule « de ».

L'auteur ne se croit pas autorisé à résoudre définitivement la question, à quel élé-

ment contenu dans le sozoïodol celui-ci est redevable de son action; mais il est enclin à supposer que l'action dépend du groupement des atomes. Le sozoïodol présente sur l'iodoforme et l'iodol l'avantage que l'iode est dégagé dans l'organisme à l'état de composé organique et non sous forme d'iodure. De plus, en introduisant dans les sozoïodols divers métaux, on peut varier considérablement leur action. Voici les indications données par Stern pour l'emploi des diverses préparations de sozoïodol dans les maladies du nez et du larynx :

1° *Sozoïodol de soude*, facilement soluble. Il est indiqué toutes les fois qu'il s'agit d'obtenir plutôt l'antisepsie générale qu'une action antiseptique locale. En outre, dans tous les cas où l'on veut se servir des solutions aqeuuses.

2° *Sozoïodol de potasse*, difficilement soluble. Il agit en diminuant les sécrétions et comme desséchant; il est donc indiqué dans l'eczéma. On l'emploie ordinairement mélangé au talc (1 : 5 à 1 : 6).

3° *Sozoïodol de zinc*, agit localement comme irritant dans une solution de 1 : 20 jusqu'à 1 : 50 et comme caustique dans une solution à 1 : 5.

4° *Sozoïodol de mercure*. — Agit localement comme caustique même en solution de 1 : 10. S. Muller affirme qu'une solution à 2,5 p. 100 de cette solution tue l'acare en vingt-quatre minutes.

On a obtenu de bons résultats dans le catarrhe nasal atrophique (sozoïodol de zinc, 1 ; talc, 10), dans la rhinite hypertrophique et la rhinopharyngite (sozoïodol de zinc, 1 ; talc, 12); de même que dans les cas d'ulcérations tuberculeuses du pharynx et du larynx, de la syphilis du nez et du larynx (sel de zinc, 1 à 12, ou sel mercurique 1 à 20). Il est assez important d'employer le sozoïodol sous forme de poudre, de pommade, etc. Là où l'on a recours à des solutions aqueuses, il est bon de se servir du sel de soude.

POMMADES CONTRE LES BRULURES, par le docteur GOMEZ DE LA MACA. (*Rev. de méd. gén. et de th.*, 1889, 1, 2.)

Cette pommade a pour formule :

Iodoforme	4 parties.
Extrait d'aconit	2 —
Acide phénique	5 —
Onguent rosat	30 —

M. s. a. pour un onguent.

Le même journal indique encore, d'après le *Medical Press*, la formule suivante :

Iodoforme	80 parties.
Extrait de ciguë	40 —
Acide phénique	1 —
Onguent simple	600 —

M.

MASQUE ANTIVARIOLEUX. (*Revue médico-pharmaceutique de Constantinople* et le *Scalpel*, 1889, 17.)

Le docteur Lewentaner a donné la formule d'un emplâtre qui lui a très bien réussi.

Pour agir en même temps antiseptiquement et antifébrilement, dit-il, j'ai appliqué une pâte à l'acide phénique au 3 p. 100 (acide phénique 3,00, amidon pur, huile d'olive *aa.* 50,00) sur un masque de linge ajusté de telle manière qu'il n'y restait que de petites ouvertures pour les yeux, les narines et la bouche; de telle sorte que toute la tête, le visage et le cou furent complètement enveloppés. Pour le tronc et les extrémités, il a pratiqué un badigeonnage avec de la pâte molle à l'acide salicylique (glycérine neutre, 70,0; amidon, 30,0; acide salicylique, 3,0). Après quelques jours, l'exanthème, qui jusqu'alors consistait en bulles et en pustules distinctement séparées par une auréole rouge, devint confluent et il se forma aussi de grosses bulles remplies de pus gris. On aurait pu croire qu'après la chute de croûtes tellement étendues, il en résulterait des

cicatrices profondes et difformes en forme de cratère. Rien de tout cela. Aucune pustule ne crevait; elles se sont toutes desséchées, formant des croûtes jaune de miel. Ce n'est que dans les endroits où le masque ne pouvait être hermétiquement adapté, comme par exemple sur le dessus des ailes du nez, dans le pli naso-labial, etc., qu'on remarquait de petites cicatrices à peine visibles. — P. N.

VARIÉTÉS

EXPÉRIENCES FAITES DANS L'ARMÉE PRUSSIENNE SUR L'EMPLOI DE L'ACIDE CHROMIQUE EN SOLUTION CONTRE LA SUEUR DES PIEDS.

Un ordre du ministère de la guerre allemand (direction du service de santé), en date du 9 juillet 1888, prescrivait aux directeurs du service de santé de corps d'armée de faire expérimenter dans les corps de troupe, de préférence pendant les manœuvres d'automne, l'emploi de l'acide chromique, dont l'efficacité dans l'hyperhydrose plantaire est signalée depuis de longue date. Un seul badigeonnage pratiqué sur la plante des pieds et entre les orteils, avec une solution à 10 p. 100, au moyen d'un bourdonnet d'ouate et d'une pince ordinaire, donnerait déjà des résultats; dans les cas moyens et légers, l'opération se répéterait plusieurs fois à des intervalles de six à huit semaines; plus fréquemment dans les cas graves, toutes les deux ou trois semaines pendant les premiers mois. S'il existe des excoriations, on se sert d'abord d'une solution à 5 p. 100; puis de la solution normale quand elles sont cicatrisées. A la suite de l'emploi de ce moyen, on observe quelquefois, surtout en été, une sorte de répercussion sudorale généralisée, mais sans inconvénient et ne durant que quelques jours.

Une note complémentaire du 30 novembre portait qu'en présence d'accidents d'inflammation locale vive et même d'intoxication générale (observés dans la pratique civile) déterminés par l'usage d'une solution à 5 p. 100, probablement impure, on ne devait employer que de l'acide chromique chimiquement pur, en débutant par un titre inférieur à 5 p. 100.

Les expériences faites sur ces bases et résumées dans le présent rapport officiel embrassent deux périodes, l'une comprenant les manœuvres d'été et d'automne jusqu'en septembre 1888, l'autre depuis l'incorporation (novembre) jusqu'en janvier 1889, concernant en particulier les recrues. Règle générale, on s'est servi de la solution à 5 p. 100 en n'ayant recours à des solutions plus fortes que si l'effet était insuffisant; mais quelques médecins, en présence des formes les plus graves, se sont adressés d'emblée à la solution à 10 p. 100. Un bain de pieds était prescrit tout d'abord, puis la solution chromique était appliquée sur le pied bien sec, avec un tampon d'ouate fixé sur un bâtonnet, de préférence à la pince dont le métal est attaqué; mieux encore, on l'applique au pinceau. On a essayé de faire baigner le pied à même la solution, mais ce procédé, trop aveugle, est déconseillé. Dans beaucoup de cas, à la suite d'une seule application, l'épiderme devenu lisse, luisant, comme tanné, reste définitivement sec; toute odeur disparaît et l'homme n'éprouve plus aucun obstacle pour la marche; mais, le plus souvent, il faut deux ou trois badigeonnages avec un intervalle de une à deux semaines entre chacun d'eux, c'est-à-dire dès que l'épiderme est renouvelé.

L'acide chromique a été employé sur plus de 18,000 hommes : il y a eu guérison chez 42 p. 100, amélioration chez 50 p. 100, résultats nuls chez 8 p. 100. Quelques réserves sont à formuler sur la portée de ces chiffres : les essais faits en hiver, c'est-à-dire à une saison où l'infirmité s'atténue, sont peu probants, et un assez grand nombre d'hommes, passés dans la réserve, n'ont pu être suivis assez longtemps.

Mais un premier fait est constant : l'opération a été faite plus de 25,000 fois, et on n'a pas relevé un seul cas d'intoxication. Quant à l'action locale, elle a été reconnue très diverse, suivant les sujets; la plupart n'éprouvent ni douleur, ni impression d'aucune sorte; mais quelques-uns accusent de la démangeaison, de la cuisson des parties badigeonnées, ou encore de la tension, de la raideur, de l'engourdissement, toutes sensations persistant de quelques minutes à quelques heures. Chez des sujets à peau délicate, qui ont

dû subir plusieurs badigeonnages de plus en plus concentrés, on a vu survenir des crevasses, des rhagades et même de la vésication, des plaies, des ulcérations. Dans quelques exemples, il s'est produit de l'œdème du pied, et trois fois de l'eczéma. Ces accidents ont été surtout observés à la suite de l'emploi de la solution forte, à 10 p. 100; ils disparaissaient en quelques jours, ne nécessitant même qu'exceptionnellement un traitement à l'infirmerie.

Lorsque les pieds sont blessés, les badigeonnages peuvent déterminer de vives douleurs et des phénomènes inflammatoires.

Enfin, très exceptionnellement, on a noté du malaise, des faiblesses, de la céphalée et de la xanthopsie.

Ces légers inconvénients, imputables en partie à l'inexpérience du début, ne se sont pas présentés une fois sur (0,75 p. 100).

A plusieurs reprises, on a signalé, comme unique phénomène de répercussion, l'augmentation de la sécrétion sudorale en d'autres régions, aux mains et dans le dos en particulier; mais cette dérivation ne durait que quelques jours.

Un rapport d'ensemble que nous venons d'analyser conclut à la valeur réelle de l'acide chromique contre l'hyperhydrose plantaire : « Cette valeur est pour le moins celle des préparations salicylées ».

L'emploi en sera donc continué; de nouvelles recommandations s'ajoutent aux précédentes. Il est désormais prescrit de ne procéder aux badigeonnages, chez les hommes blesses, qu'une fois les plaies cicatrisées; l'opération sera faite, autant que possible, par les médecins eux-mêmes, ou au moins sous leur surveillance, par les aides du lazaret; le moment le plus favorable pour la pratiquer est le soir, un peu avant le coucher, après un bain et le pied bien sec; on la renouvellera, quand il sera nécessaire, de huit à quinze jours après. L'acide chromique sera transporté dans des flacons de verre fort, bouchés à l'émeri, et portant bien en évidence l'indication du contenu.

Suit un questionnaire établi par la direction du service de santé, en date du 14 février 1889, auquel devront répondre terme par terme les médecins militaires, dans l'enquête qui se poursuit.

Ce travail a été analysé par M. le docteur R. Longuet dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* de juillet dernier, d'après la *Deutsche militär Aerztl. Zeitschrift* de mai 1889, n° 5 p. 1977. — P.

FORMULAIRE

Lavement nutritif. — Jaccoud.

Bouillon...........................	250 grammes.
Vin................................	120 —
Jaunes d'œuf.......................	N° 2.
Peptone sèche......................	de 4 à 15 et 20 grammes.

F. s. a. un lavement, que l'on prescrit aux malades atteints de cancer de l'estomac, avec oblitération du cardia ou du pylore, alors que les aliments ne peuvent parvenir dans le duodenum, et qu'il y a menace d'inanition. — N. G.

COURRIER

Limites des consignations pour examens probatoires. — 1° Les consignations pour les examens dont la désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 18 mars inclusivement;
Pour le 2e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 15 avril inclusivement;
Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 15 avril inclusivement;
Pour le 3e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 20 mai inclusivement;

Pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 3 juin inclusivement :
Pour le 5e examen de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 24 juin inclusivement ;
Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 24 juin inclusivement ;
Pour les thèses, jusqu'au mardi 8 juillet inclusivement.
Officiat : pour le 1er examen, jusqu'au mardi 10 juin inclusivement ;
Pour le 2e examen, jusqu'à mardi 17 juin inclusivement ;
Pour le 3e examen, jusqu'au mardi 24 juin inclusivement.
MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.
2° Les élèves ajournés après le 7 juin à un examen, qu'elle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.
Passé le 10 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

Académie des sciences. *Prix Lacaze.* — Nous sommes heureux d'annoncer que l'Académie des sciences vient de décerner le *prix Lacaze* (physiologie), d'une valeur de 10,000 francs, à notre ami le docteur François Frank, membre de l'Académie, professeur à l'Ecole des Hautes-Etudes et suppléant au Collège de France. Ce prix est décerné, sans qu'il soit nécessaire de faire acte de candidature, à un ensemble de travaux ayant pour objet les applications de la physiologie à la médecine. Nous applaudissons, avec tous les amis de la science française, à cette juste récompense.

Dons. — Le directeur de l'Assistance publique a reçu, de la chambre des commissaires-priseurs, la somme de 1,000 francs pour les pauvres des 20 arrondissements de Paris. Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris a reçu de M. et de Mlle A. T... une somme de 20,000 francs pour les pauvres des vingt arrondissements de Paris. Rappelons que tous les ans ces bienfaiteurs anonymes font la même générosité — M. de Camondo vient de faire parvenir aussi à M. le directeur de l'Assistance publique, à Paris, une somme de 10,000 francs pour les pauvres des divers arrondissements de Paris. — MM. de Rothschild ont décidé de mettre à la disposition de l'Assistance publique une somme de 100,000 francs. Détail assez curieux, la lettre annonçant ce don a été remise à M. le préfet de la Seine, en séance, au moment même où M. Gamard demandait qu'un supplément de 60,000 francs fût ajouté aux 40,000 francs consacrés par l'Assistance publique à secourir les familles atteintes par l' « influenza ». La question a reçu ainsi tout à coup la solution la plus heureuse. (*Progrès médical.*)

— Les mémoires pour le prix de 1,200 francs institué par la Société médicale des hôpitaux de Paris, pour le meilleur travail sur l'alimentation artificielle des jeunes enfants, devront être envoyés avant le 1er juin 1890, à M. le secrétaire général, au siège de la Société, rue de l'Abbaye, n° 3.

Nécrologie. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Hainaut, médecin de la Roquette; Meleux, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers; Ribell, chirurgien en chef honoraire des hôpitaux de Toulouse.

Deux *Gouttes Livoniennes* à chaque repas suffisent pour guérir les rhumes et la toux, suites de l'influenza et de la grippe.

Un verre à liqueur d'*Elixir de Papaïne de Trouette Perret* après chaque repas constitue le meilleur digestif.

Les *cachets de Trouette* au naphtol et salicylate de bismuth, à la dose de deux par repas réalisent facilement l'antisepsie intestinale.

Une cuillerée à café de *Sirop Derbecq* à la Grindelia Robusta, après chaque quinte de toux, permet de guérir la *coqueluche* en quelques jours.

La *Poudre de viande de Trouette Perret* est garantie sans odeur et d'assimilation très facile.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Les tuberculeux ne sont dangereux que par leurs crachats, donc il faut détruire ceux-ci : telle est la proposition qui se dégage du discours de M. Sée. Ce n'est pas par lui-même que l'air est nuisible, pas même celui qui est expiré par les phthisiques, mais par les poussières qu'il tient en suspension. A cet égard, M. Sée fait donc cause commune avec la commission, et les documents intéressants qu'il a cités, entre autres un décret du roi de Naples, datant de cent ans, et une longue lettre du docteur Cornet (de Berlin), ne font que confirmer l'idée que la tuberculose est contagieuse..., surtout par les crachats et les excrétions morbides des phthiques.

M. Widal pense, d'après une statistique fondée sur ce qui se passe en Algérie, que la propagation de la tuberculose s'y est faite rapidement depuis la conquête, soit parmi les indigènes, soit parmi les militaires. Quelle est la cause de cet accroissement de la maladie? Peut-être le nombre des phthisiques qui depuis vingt ans viennent hiverner en Algérie, où ils répandent la contagion. Cet argument a déjà été invoqué par divers médecins, entre autres M. le docteur Laussedat, pour expliquer le nombre crois-

FEUILLETON

CAUSERIE

En France, dit-on depuis longtemps, tout se termine par des chansons. L'*influenza* a eu la sienne, et cependant elle n'est pas encore terminée; elle continue à frapper à coups redoublés, et trop souvent à coups mortels, partout où elle passe. Et cependant on chante! Heureux Parisiens! Ceux qui ne chantent pas racontent des anecdotes sur les morts.

Le professeur Botkin (de Saint-Pétersbourg) vient de mourir à Menton, vite on raconte les choses intéressantes de son existence. Comme praticien, c'était l'un des plus occupés de la Russie; aussi faisait-il payer ses visites fort cher. Cent roubles étaient le prix ordinaire d'une première consultation.

Un jour le prince X... (une initiale le ferait trop aisément reconnaître), colossalement riche et capable de rendre des points à l'illustre baron Rapineau, se sent « influenzé » et réclame en toute hâte les soins de M. Botkin. Celui-ci se rend immédiatement à l'appel, examine, ausculte, rassure le prince, fait une ordonnance et promet de revenir le lendemain. Au jour suivant, il trouve son malade levé, sans fièvre, avec une pointe d'appétit, en un mot guéri.

Félicitations du médecin au malade. Chauds remerciements du malade au médecin.

sant des phthisiques parmi la population sédentaire des stations méditerranéennes.

Avec son talent d'exposition habituel, M. le professeur Trélat a montré en quelques phrases bien précises comment la question devait être envisagée : la tuberculose reconnaît comme cause presque unique la contagion, — c'est donc contre l'agent contagieux qu'il faut s'armer. — D'autre part, la crainte d'effrayer le public en lui dévoilant le danger est chimérique, car il ne s'agit pas de venir lui dire : le tuberculeux est un pestiféré dont il faut se garder d'approcher ; mais bien : le tuberculeux n'est dangereux que par ses crachats, son pus ; détruisez-les, et le danger sera évité. Loin donc d'effrayer le public, les conclusions de la commission ont pour but de le rassurer en lui indiquant nettement quel est le danger et comment on peut le combattre.

— Faut-il réglementer la prostitution ou la laisser libre ? Cette question, discutée il y a quelques mois à l'Académie et résolue dans le sens d'une surveillance active, a donné lieu depuis à des statistiques que M. le docteur Commenge a soupçonnées erronées. Dans le but de démontrer cette erreur, il a recherché dans les registres de la préfecture de police le nombre de prostituées qui dans les différentes catégories ont donné le plus de maladies et trouve que les insoumises avaient été de beaucoup les plus nuisibles. La lumière était donc faite. — L.-H. P.

Un mot sur l'influenza.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 décembre 1889

Par M. le docteur Beni-Barde.

L'influenza qui est aujourd'hui répandue dans toutes les parties de l'Europe est la même maladie que l'on a observée en France en 1742 et qui fut désignée sous le nom d'*influence*. Le mot italien a remplacé l'appellation

---

Le prince ouvre le tiroir d'un petit meuble et tend discrètement à Botkin deux billets de dix roubles. D'un geste affectueux, le célèbre praticien repousse ces dérisoires honoraires, et de sa voix la plus douce, avec un accent presque attendri : « Merci, cher « prince, merci. Je ne prends rien des pauvres. »

*
* *

J'ai raconté jadis une anecdote analogue sur Velpeau. Un noble marquis se présente à l'hôpital pour se faire opérer. Velpeau, qui le connaissait, le traite comme un pauvre, le guérit et, en signant son *exeat*, lui dit à l'oreille : « Monsieur le marquis, veuillez, je vous prie, verser le plus tôt possible trois mille francs au bureau de bienfaisance de l'arrondissement. »

Il faut quelquefois employer des *trucs* avec les gens qui ne veulent pas payer pour les rappeler au respect des convenances. Un chirurgien de Paris, d'il y a une trentaine d'années, voit un client poser délicatement sur le coin de la cheminée une pièce de cinq francs; il feint de la prendre et la laisse tomber. Le client se précipite pour la ramasser; le chirurgien continue néanmoins à chercher : « Mais l'autre, où est donc l'autre? » demande-t-il. Le client comprend et donne l'autre.

Un contemporain du précédent avait un autre *truc*. Dès qu'un client s'en allait sans payer, il le faisait passer par une porte donnant sur un corridor où se tenait un domestique. Celui-ci, avant d'ouvrir la porte de sortie, disait très poliment au client : « Si monsieur veut bien payer sa consultation..... » — Et le client payait.

française, et il a été conservé. Si on compare les descriptions de nos confrères du dernier siècle avec celles des auteurs contemporains, on est frappé de la ressemblance qui existe dans l'explosion, les symptômes et les conséquences de ces deux épidémies.

Le microbe capable d'engendrer cette maladie n'est pas trouvé, et j'ignore si on le découvrira. Toutefois on peut, malgré l'absence du corps du délit, supposer que l'influenza a une nature infectieuse qu'elle doit probablement à un miasme organisé ou inerte, comme la malaria, l'impaludisme et les autres maladies pestilentielles. La soudaineté de l'explosion, l'excès de chaleur qu'elle provoque, la fièvre, l'abattement extraordinaire de l'organisme frappé, les congestions de la peau et des viscères, l'engorgement de la rate signalé par le docteur Potain, etc., autorisent cette hypothèse.

Si, après cet exposé théorique qui peut être discuté, on examine les signes qui révèlent l'existence de l'influenza, que voit-on? Une multiplicité de symptômes au milieu desquels il faut signaler des douleurs fort vives se manifestant tour à tour ou simultanément dans la tête, le dos, les lombes et les extrémités, sorte d'hyperesthésie fugitive à laquelle succède un épuisement formidable produisant l'impuissance motrice et la sidération, des spasmes, du frisson, des rougeurs cutanées, des vertiges et des congestions viscérales localisées surtout dans le territoire du nerf pneumo-gastrique, congestions qui provoquent des angines, des troubles pulmonaires ou gastro-intestinaux qu'on peut légitimement attribuer à la paralysie des nerfs vaso-moteurs. Au surplus, les influenzés sont très abattus psychiquement; quelques-uns ont du délire, d'autres du coma, et, presque tous, un affaiblissement manifeste des facultés intellectuelles.

Cet ensemble symptomatique révèle un épuisement subit du cerveau, de la moelle épinière et du nerf grand sympathique. Il constitue une véritable *parésie cérébro-spinale* ou, si l'on veut, une *neurasthénie aiguë et fébrile*. Je prends les preuves de cette affirmation dans l'examen des symptômes qui caractérisent cette maladie et qui ressemblent à ceux que je viens d'indi-

* * *

La mine des anecdotes sur Ricord est inépuisable. En voici une à ajouter à celles que nous avons rapportées précédemment. Elle est due à un avoué de première instance qui a raconté au *Lyon médical* « la seule fois qu'il ait vu Ricord ».

« C'était en mars 1848. J'étais de service au corps de garde de la rue de Tournon. Au milieu de la nuit, on vient demander quatre hommes et un caporal pour aller au n° 6. La corvée m'échéait; mais je n'eus pas à m'en plaindre. Nous trouvons le grand spécialiste en robe de chambre: il assistait son concierge, frappé de folie furieuse, à qui il s'agissait de donner un lavement! Mais, après avoir vainement essayé de la persuasion, il avait fallu recourir à la force armée.

Nous entrons. Les fusils déposés, le récalcitrant couché à plat ventre, un homme à chaque membre, le caporal tenant la chandelle : « Messieurs, de nous six, je suis seul armé; c'est donc à moi d'ouvrir le feu! » et il enfonça l'arme jusqu'à la garde sans faire de plaie pénétrante.

Puis, gracieux comme toujours, et jaloux de reconnaître par un mot aimable le concours prêté : « Monsieur, me dit-il, commençant par le plus jeune, — Monsieur, — vous êtes?...» — « Étudiant en droit, docteur. » — « Ah! fit-il avec une nuance de regret poli, j'aurai moins d'occasions de vous revoir que si vous étiez étudiant en médecine..... Qui sait, pourtant? »

Là se bornèrent nos rapports. Eh bien! croiriez-vous que je l'ai parfois regretté? Pas au point de... Ah! non. »

quer. Je les prends aussi dans les traces qu'elle laisse après elle et qui prouvent que le système nerveux a été vivement frappé.

Ainsi donc, l'influenza est une maladie infectieuse causée probablement par l'introduction dans le sang d'un miasme organisé ou inerte. Elle est caractérisée par une parésie de l'axe cérébro-spinal donnant lieu aux accidents neurasthéniques que je viens de signaler, et par une parésie du nerf grand sympathique amenant des perturbations vaso-motrices qui provoquent des congestions à la peau et dans la plupart des organes internes. Je dirai même que ce sont ces derniers symptômes qui ont fait confondre l'influenza avec la fièvre dengue, la fièvre typhoïde à son début et la grippe.

En fait, il n'y a de confusion possible qu'avec la grippe ; et cela se comprend tout d'abord, parce que les symptômes de ces deux états morbides sont tellement enchaînés les uns aux autres qu'il est bien difficile de ne pas les considérer comme les signes d'une seule et même maladie. Quelques médecins croient que l'épidémie actuelle est une épidémie de grippe grave et rien de plus. Je pense que c'est une erreur, et voici les raisons que j'en donne.

Jusqu'ici, l'influenza semble s'être développée dans un milieu froid et humide; d'autre part, cette constitution atmosphérique est celle qui convient le mieux à la grippe; il n'est donc pas extraordinaire que ces maladies apparaissent ensemble, présentant des symptômes communs qu'il est difficile d'isoler et qui semblent constituer une entité morbide parfaitement définie. Mais l'influenza peut se manifester sans provoquer aucun accident des voies aériennes ; et, d'un autre côté, la grippe, dans beaucoup de cas, fait son apparition sans révéler aucun signe de l'influenza. Ces deux états morbides ne sont donc pas les mêmes, puisqu'ils peuvent avoir une forme spéciale et évoluer séparément. C'est ainsi que certains malades atteints d'influenza ne toussent pas ou ne sont pas enchifrenés, et que beaucoup de grippés ne présentent aucun symptôme de l'influenza. Toutefois, il existe entre ces deux maladies des relations intimes qui sont indéniables et qu'il importe de bien analyser si l'on veut éviter toute confusion. C'est parce

---

*
* *

Les journaux américains nous envoient de temps en temps une partie médicale anecdotique qui n'a rien à envier aux journaux parisiens.

A une réunion récente de l'Académie de médecine de Cincinnati, on présenta trois cas de hernie étranglée opérés avec succès chez des hommes. Comme il était nécessaire de mettre les patients à nu pour qu'on pût les examiner, le président pria deux doctoresses présentes de vouloir bien quitter la salle. Ces dames obéirent, quoique en rechignant un peu; lorsqu'on leur permit de rentrer, elles prirent la parole pour demander qu'on voulût bien diminuer leur cotisation, puisqu'on ne leur accordait pas les mêmes libertés et privilèges qu'aux autres membres. Mais, dit l'auteur de l'article, il reste à savoir s'il y a lieu de faire droit à leur requête, car si leur curiosité scientifique n'a pas été satisfaite, la pudeur des patients a été respectée. Si ceux-ci avaient été consultés, peut-être auraient-ils payé la réduction demandée plutôt que de se soumettre à l'indignité (*indignity*, le mot y est) d'un examen fait par des femmes-médecins.

Eh bien! je ne me serais jamais douté que la pudeur pût aller jusque-là en Amérique. J'ai vu dans nos hôpitaux des étudiantes examiner des hommes, ou assister à leur examen, sans que la pudeur des uns ni des autres parût en souffrir, tout se passant avec une convenance parfaite, et sans la moindre indignité.

*
* *

On a parlé maintes fois des médicaments explosifs, mais je n'ai pas encore vu citer

qu'ils n'ont pas fait cet examen de séparation que quelques médecins ont déclaré que l'influenza est un mythe et que l'épidémie actuelle est une grippe grave.

Le miasme qui produit l'influenza peut pénétrer dans l'organisme par toutes les voies d'absorption et notamment par les voies aériennes; il n'est donc pas étonnant que celles-ci soient le siège d'une irritation spéciale. Au surplus, les personnes atteintes de la grippe sont, par le fait des congestions des organes respiratoires, toutes disposées à contracter l'influenza; dès lors, il est aisé de comprendre que ces deux maladies, apparaissant ensemble, donnent lieu à des symptômes difficiles à bien répartir. Cependant, quand on observe les faits avec attention, on voit que l'influenza suit un cours régulier avec son cortège de troubles neurasthéniques, que la grippe ordinaire ne comporte pas, laissant, lorsqu'ils perdent leur acuité, l'organisme dans un épuisement complet; triste condition qui enlève au malade sa force de réaction, paralyse les nerfs vaso-moteurs et facilite ces congestions que la grippe n'amène jamais quand elle n'est pas influenzée; ce qui prouve que le mot *influenza* a été judicieusement choisi pour désigner une maladie qui n'est pas sérieuse par elle-même et qui ne le devient qu'à cause de l'*influence* qu'elle exerce sur des maladies qui, comme la grippe par exemple, existent en même temps qu'elle.

L'influenza se présente donc avec une sorte d'autonomie qu'il est difficile de nier; c'est une maladie épidémique de nature probablement miasmatique, s'exprimant par une parésie du système nerveux tout entier, peu grave par elle-même, mais capable d'exercer une influence sérieuse et même funeste sur les maladies qu'elle rencontre sur son passage.

Que convient-il de faire contre cette maladie?

Au point de vue prophylactique, il faut éviter de se placer dans les conditions qui favorisent l'absorption du miasme pathogène; prendre beaucoup de précautions pour se soustraire aux irritations des voies aériennes et, par conséquent, à la grippe qui peut être considérée comme la porte d'entrée de l'influenza. Il faut, par des pratiques d'antisepsie suffisantes, stériliser

---

de fait aussi curieux en ce genre que le suivant, communiqué à l'Association médicale de Montréal par le docteur Desjardin.

Un malade atteint de stomatite ulcéreuse fut soumis au traitement par les pastilles de chlorate de potasse comprimé. Il en portait une certaine quantité dans un cornet de papier, qu'il avait mis dans sa poche avec un canif. Un jour, en s'asseyant lourdement sur un siège dur, une détonation se fit entendre, et avant qu'il pût quitter ses vêtements, il fut brûlé grièvement dans une étendue de 9 pence sur 6, au troisième degré. C'est le chlorate de potasse qui avait détoné sous l'influence du choc et s'était enflammé.

*
* *

Voici maintenant un exemple de guérison bien originale rapporté par le *Figaro:*

« Un mineur de Rhonoda (Angleterre), nommé David Davies, vient d'être l'objet d'une très curieuse expérience. C'était une des victimes de la mémorable explosion de Pen-y-Craig, en 1880, à la suite de laquelle il dut garder le lit pendant quatre ans. Il était parvenu, peu à peu, à se remettre sur pieds, mais, par suite de la commotion qu'il avait éprouvée, il était resté sourd et muet.

« Le médecin qui le soignait eut l'idée de lui faire recevoir une secousse analogue à celle qui lui avait valu son infirmité. Il y a quelques jours, il le plaça aussi près que possible d'un canon avec lequel on faisait des exercices de tir. Au sixième coup, l'ouïe lui était revenue. Il restait encore muet, mais, dimanche dernier, quelqu'un lui ayant adressé des paroles qui le mirent en colère, soit volonté, soit instinct, il fit un effort et laissa échapper un juron : la parole lui était rendue. »

toutes les voies d'absorption, fuir les grandes agglomérations d'hommes, ne pas séjourner longtemps dans un air confiné ou qui peut être vicié, — bien que la contagion ne soit pas démontrée, — prendre une alimentation substantielle, respirer un air pur, autant que possible, éviter la fatigue physique et les travaux intellectuels excessifs ou trop absorbants.

Quand la maladie a fait explosion, il faut conseiller le repos absolu, combattre la fièvre si elle est trop forte et favoriser toutes les sécrétions. Il faut aussi conseiller l'usage des toniques, faire pratiquer des frictions légèrement excitantes sur la nuque, la colonne vertébrale, les membres, etc..., et soustraire le malade à toute espèce de préoccupation et de travail. Si ces prescriptions sont sérieusement exécutées, on évitera les rechutes qui sont fréquentes dans cette maladie.

Quand l'influenza a suivi sa marche régulière, les accidents aigus disparaissent et les malades présentent tous les symptômes de l'épuisement nerveux auxquels vient s'ajouter une irritation des muqueuses avec ou sans état catarrhal. Les excitants cutanés, les balsamiques, les toniques et certains agents modificateurs de la circulation offrent aux praticiens de grandes ressources pour améliorer l'état de toutes les muqueuses et reconstituer les forces de l'organisme.

BIBLIOTHÈQUE

Précis d'anatomie pathologique, par L. Bard. — Paris, G. Masson, 1890.

Le livre de M. Bard porte l'empreinte de la forte impulsion que donnent aux sciences médicales les nombreux et beaux travaux de l'Ecole lyonnaise.

L'auteur a d'abord su se borner ; il a laissé de côté tout ce qui a trait à l'anatomie normale, aux lésions des organes génitaux et des sens, à celle de la peau ; il n'a non plus fait aucune place à la description des microbes pathogènes. M. Bard a, en effet, estimé avec raison qu'il ne pouvait, dans un précis, qu'être incomplet sur ces différents points, qui font aujourd'hui l'objet d'enseignements spéciaux.

---

* * *

Je suis persuadé, dans mon for intérieur, que bon nombre de cas d'*influenza* ont eu pour cause le refroidissement qu'on a attrapé dans les voitures non chauffées, par défense de la préfecture de police, sous prétexte que les voyageurs pourraient être asphyxiés par les émanations du charbon qu'on allume dans les chaufferettes. Mais si ces émanations sont susceptibles de tuer les macrobes (ce dont je doute), à plus forte raison peuvent-elles tuer les microbes de l'influenza. C'était donc tout profit que de chauffer. O administration ! voilà encore un de tes coups !

Il y a cependant un moyen simple, pratique et peu coûteux, de chauffer les voitures, et qui est employé par la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest : c'est de remplir les bouillottes avec une solution d'acétate de soude, hydraté à 40 p. 100. Il suffit de remplir la chaufferette ou bouillotte une fois par an ; on les chauffe en les plongeant dans l'eau bouillante, et la température se maintient pendant neuf heures, au lieu de deux heures quand on emploie l'eau ordinaire.

* * *

Voici à ce propos, pour terminer, une bonne charge d'Henriot dans le *Journal amusant*. Dialogue entre un client et un cocher :

Le client. — Mais il y a une dame dans votre voiture ?

Le cocher. — Les autres moyens de chauffage nous sont interdits par la police.

Simplissime.

Ces éliminations diverses ont permis de donner tous les développements nécessaires à l'anatomie pathologique vraie, et ont donné la faculté à M. Bard de faire un livre original.

L'éminent professeur agrégé de la Faculté de Lyon a en effet des idées bien personnelles sur les tumeurs, les lésions de cause microbienne. Pour lui, les cellules embryonnaires ne sont point indifférentes, mais spécifiques, et cette spécificité se retrouve dans toute leur histoire biologique et pathologique. Pour lui encore des causes d'essence différente ne produisent pas des effets anatomiques identiques et on a méconnu la délicatesse de réaction des cellules vis-à-vis des agents pathogènes ; les microbes pathogènes produisent des fermentations ; les simples agents toxiques, des dégénérescences.

Sous son titre modeste, le manuel de M. Bard est certainement un des ouvrages d'anatomie pathologique les plus travaillés qui aient été publiés depuis longtemps.

P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 décembre 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.

Correspondance imprimée. — Elle comprend : 1° Le *Journal des Sociétés scientifiques ;* 2° La *Gazette médicale de Picardie*, le *Journal des sages-femmes*, le *Progrès médical*, la *Revue illustrée de Polytechnique médicale*, le *Journal d'hygiène*, les *Annales d'orthopédie*, la *Gazette gynécologique*, la *Revue de l'hypnotisme*, le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse 1889*, le *Bulletin de la Société académique de Brest 1888-1889.*

Correspondance manuscrite. — Elle comprend :

1° Une lettre de M. Christian, secrétaire général, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance pour cause de maladie.

2° Des lettres de MM. Malibran et Desnos, inscrits à l'ordre du jour, et qui s'excusent pour cause de maladie.

La parole est donnée à M. Beni-Barde pour la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Un mot sur l'influenza.* (Voir plus haut.)

DISCUSSION.

M. Duroziez : Je n'accepte pas le dédoublement de la maladie qui envahit le monde entier en influenza et en grippe ; ce n'est pas une maladie extraordinaire qui vient se greffer sur une maladie ordinaire. M. Beni-Barde admet que la grippe est à l'état permanent pendant l'hiver ; je ne pourrais affirmer le contraire. Mais ne parlons pas de grippe trop facilement tous les hivers. M. Beni-Barde insiste avec raison sur l'état nerveux qui domine dans la maladie actuelle et fait intervenir un élément nouveau, mais la grippe a pour dominante un état nerveux hors de rapport avec la bronchite. La faiblesse et les névralgies constatées aujourd'hui appartiennent à la grippe. On les retrouve dans toutes les épidémies si bien décrites par M. Richelot père dans les Archives générales de médecine et dans le dictionnaire en 30 volumes avec la signature de Raige-Delorme. C'est M. Richelot père qui est l'auteur de l'article, comme de plusieurs autres non signés de lui. Ces substitutions ne sont pas rares. — Les grandes épidémies sont intéressantes à étudier ; elles montrent, quand on sait les comprendre, quelle peut être la variabilité de l'accident ; on est exposé à admettre la maladie où elle n'est pas, mais on se trompe moins en penchant de ce côté qu'en acceptant des causes différentes. Voyez la fièvre intermittente ; la grippe ne varie pas moins qu'elle. Au point de vue théorique, l'admission du terme influenza est déplorable. C'est bien la grippe de nos pères qui sévit dans le monde entier.

M. Beni-Barde : Je maintiens la différence que j'ai formulée entre l'influenza et la grippe, et cela à cause des caractères cliniques que je viens de signaler et qui ne sont

pas ceux que l'on observe et que j'ai observés chaque hiver à Paris. Je considère la maladie actuelle comme une *neurasthénie aiguë fébrile* et, même dans la convalescence et après la convalescence, j'observe de l'hystérie et autres phénomènes nerveux connexes.

M. Rougon : La question de la grippe n'étant pas à l'ordre du jour de cette séance, je ne m'attendais pas à intervenir aujourd'hui dans la discussion ; cependant dès le début de l'épidémie, j'avais pris dans vos archives, et à votre intention, quelques notes que j'ai là et auxquelles je donnerais volontiers pour titre : « *La grippe devant la Société de médecine de Paris, en pluviôse an XI de la République.* » Vous pouvez ainsi comparer 1889 à 1801.

Mais tout d'abord, je dirais à M. Beni-Barde qu'avec M. Duroziez, j'avoue ne pas comprendre et ne pouvoir admettre cette distinction que notre collègue veut établir entre la grippe et l'influenza. La condamnation de sa manière de voir, je la trouve dans les paroles mêmes qu'il vient de prononcer. N'a-t-il pas dit que la raison de cette distinction est la différence qui existe entre ce qu'il observe aujourd'hui et la grippe qu'il a vue tous les ans à Paris ? Tous les ans à Paris !... Mais il est essentiel de ne pas confondre la grippe ou influenza qui envahit en peu de temps toutes les contrées du globe, sans acception de climats et de saisons, avec les affections catarrhales, bronchites et coryzas qui se montrent presque toutes les années dans les climats tempérés. Qui ne sait, en effet, ou pour mieux dire on l'a récemment trop oublié, que la grippe est une maladie essentiellement épidémique, caractérisée par un affaiblissement général, une céphalalgie gravative, de la fièvre, des douleurs rachidiennes, des douleurs contusives des membres, courbature, lassitudes spontanées, et quelquefois une prostration, telle que Landouzy, pour 1833, dit : « que les malades, quoique avec l'apparence de la santé, sont obligés de se faire porter, étant dans l'impossibilité de se tenir sur les jambes. » Etat accompagné ou suivi d'une irritation plus ou moins vive de la muqueuse des fosses nasales, du pharynx, des voies aériennes, des bronches, de la conjonctive, de la muqueuse du conduit auditif et quelquefois du tube digestif.

Et c'est justement à cause de cette prostration, de ces douleurs, de cette dyspnée quelquefois excessive, nullement en rapport avec l'état local, que des cliniciens, Graves, Jaccoud et autres, ont été conduits à considérer la grippe comme une maladie du système nerveux avec troubles essentiels des organes de la circulation, de la digestion et une irritation de la muqueuse des bronches conduisant fréquemment à la congestion, quelquefois à l'inflammation; mais ce n'est pas une bronchite vraie. Et quand M. Beni-Barde nous dit pour l'espèce actuelle : « Neurasthénie aiguë et fébrile », je lui répondrai : la chose est bien ancienne, votre mot seul est nouveau.

En effet, de toutes les relations d'épidémies semblables de 1550 à nos jours, il se dégage ce fait de constatation et d'observation : c'est que la grippe, comme toutes les maladies épidémiques, présente deux ordres de manifestations : les unes *essentielles, constantes*, courbatures, douleurs musculaires et autres, lassitudes spontanées, céphalalgie, fièvre, prostration, affaiblissement général, *symptômes essentiels* qui ne manquent jamais, mais plus ou moins accusés ; les autres : *manifestations accessoires*, coryza, irritation paryngée, bronchique, pouvant aller même jusqu'à la congestion pulmonaire, irritation gastro-intestinale; tous phénomènes *accessoires, variables* ou *prédominants* dans les différentes épidémies et dans les différents cas, et qui donnent à la maladie sa *forme* particulière ; car la grippe ne se traduit pas chez tous les malades par des manifestations accessoires identiques. Il en est ici comme dans les autres épidémies : l'âge, la constitution des individus, les maladies en puissance desquelles ils sont, l'état antérieur des poumons, du cœur, les conditions dans lesquelles l'influence morbide vient les saisir, modifient grandement la manière d'être de la maladie, déterminent des complications plus ou moins graves et pèsent ainsi sur le pronostic et la terminaison. Chacun est impressionné à sa façon et l'on observe toutes les nuances. Ce sont là des vérités cliniques banales dont tout médecin doit être pénétré.

Ce qu'il y a de vraiment intéressant à étudier, ce sont les *formes particulières* des diverses épidémies où le passé est d'un grand enseignement. Je ne saurais trop déplorer

l'abandon dans lequel est laissée la littérature médicale. Depuis un mois, on se serait épargné bien des mécomptes si, avant que d'écrire, avant que de parler dans diverses Sociétés médicales et même des plus hautes, on avait pris la peine d'observer, de rechercher, de comparer, affaires de quelques heures : les gens bien pondérés ont du temps pour tout. Mais on dirait vraiment que c'est à qui parlera le premier, à qui arrivera bon premier au poteau des nouvelles..., de la presse quotidienne..., pour ne pas dire de la réclame médicale.

On s'est étonné des éruptions que l'on a vues, sans s'attacher à dire à quel moment de la maladie se montrait l'éruption, quelle était sa marchee. Je ferai bientôt bonne justice de ces éruptions; il y avait, certes, mieux à attendre de la part de cliniciens. Ne s'est-on pas écrié : *Dengue, dengue modifiée,* opinion combattue avec raison par ceux qu'une grossière malice a appelés les marins de l'Académie, MM. Le Roy de Méricourt et Rochard, dont je partage l'avis pour avoir moi-même observé la dengue ?

Dans l'épidémie de 1729, le *pourpre* a été signalé comme fréquent.

L'épidémie de 1743, relatée par Sauvages, qui, le premier, a usé de la dénomination de *grippe*, a été bien décrite par Huxham sous le nom d'*influenza.* C'est la première fois que l'on constate ces deux appellations. Huxham rapporte que « *vers la fin de la fièvre, il sur-* « *venait une quantité de boutons rouges brûlants.* » Nous trouverons mieux dans un instant. Dira-t on aujourd'hui qu'Huxham a observé une dengue modifiée ?

Ne va-t-on pas jusqu'à prétendre que la grippe ne se voit pas dans les pays chauds et que la dengue est la grippe des pays tropicaux? Mais la grippe, avec tous les caractères essentiels et accessoires qui ont été signalés dans les diverses épidémies des climats tempérés, s'est montrée, à diverses époques, dans les régions tropicales en même temps qu'elle existait en Europe. En 1830, sous le nom populaire de girafe ; en 1849, sous celui de la République ; en 1872, sous le nom de Bismarck. Et c'était bien la grippe et non la dengue.

L'histoire et les discussions de l'épidémie de grippe de 1833 appartiennent à l'Académie de médecine ; il est juste de signaler les travaux d'un membre de votre société, M. Richelot père.

Mais il est une autre grande épidémie qui se rattache au passé de votre société et dans laquelle la Société de médecine de Paris, société libre qui, jusqu'au 20 décembre 1820, était la grande consultante à laquelle s'adressaient les pouvoirs publics, a joué un rôle de quelque valeur.

En pluviôse an XI de la République (1801), jamais la grippe n'avait été aussi générale en France depuis 1775. Vos archives contiennent la lettre suivante, reproduite au tome XVI du journal de la Société :

« Paris, le 9 pluviôse an XI de la République.

« Citoyens,

« Je vous envoie cent exemplaires de votre Rapport sur l'affection actuellement « régnante. J'ai pensé qu'on ne pouvait donner trop de publicité aux conseils salutaires « que vous y donnez aux habitants de Paris. Je vous remercie en leur nom de cette « nouvelle preuve d'un zèle dont vous trouvez la plus douce récompense dans les heu- « reux résultats qu'il obtient chaque jour.

(Signé) « Frochot, préfet du département de la Seine. »

Et Frochot n'était pas un préfet amoindri.

Que disait donc ce rapport ?

« La maladie qui règne à Paris est une fièvre catarrhale, grippe, jusqu'à présent « bénigne de sa nature, mais qui peut avoir une issue funeste par des causes acciden- « telles que nous signalons plus loin. L'histoire bien connue de toutes les épidémies « catarrhales qui se sont succédé en France, depuis 1500 jusqu'à cette année, ne « laisse aucun doute aux praticiens sur la nature de cette maladie, qui n'a nul rapport « avec aucune de ces maladies épidémiques désastreuses auxquelles l'impéritie, l'igno- « rance ou la malveillance voudraient l'assimiler. Il n'est pas moins vrai qu'aucune des « substances, aliments ou boissons dont les habitants de Paris usent habituellement ne

« peuvent être comptés au nombre des causes de la maladie. Pour effacer enfin la « fâcheuse impression qu'a pu faire naître le nombre des morts, trop multiplié depuis « deux mois, il suffit d'observer que l'on ne doit pas l'attribuer entièrement à la ma- « ladie régnante ; la saison actuelle étant chaque année funeste aux vieillards, aux « individus épuisés, aux enfants en bas âge, à tous ceux qui sont depnis longtemps « atteints de maladies chroniques, l'est encore davantage aujourd'hui à toute cette « catégorie de personnes atteintes par la maladie régnante. Il est donc important de « défalquer du compte général des morts ceux qui succombent à des maladies qui « n'appartiennent pas spécialement à l'affection épidémique dominante.

« S'il est difficile de trouver des moyens sûrs de se soustraire à l'action des causes « générales qni déterminent la maladie, il importe surtout, aussitôt pris, de se soigner « et se faire soigner, en évitant les médicastres et les charlatans. Cette maladie parcourt « ses temps, doucement et sans danger, par le traitement le plus simple, sous la direc- « tion de vrais médecins pouvant reconnaître et combattre le danger s'il se présente, « car toute méthode curative exclusive n'est qu'un procédé empirique, produit de l'igno- « rance ou du charlatanisme.

« Eviter l'impression de l'air froid et humide sur les organes de la respiration ; se « garantir soigneusement de toute transition brusque d'une température à l'autre ; avoir « soin de bien dessécher par quelques frictions l'organe de la peau ; être toujours vêtu « proprement et chaudement ; porter des laines sur la peau, surtout si l'on est sujet aux « affections catarrhales et rhumatismales ; être prudent dans la convalescence pour « éviter les rechutes et les complications. »

Ne dirait-on pas, à quelques mots près, la consultation formulée, il y a une vingtaine de jours, aux pouvoirs publics, par l'éminent doyen de la Faculté, M. le professeur Brouardel ? Tellement il est vrai que, en présence des mêmes faits et de circonstances identiques, les hommes de bon sens et de raison se rencontrent les mêmes à toutes les époques.

La partie clinique de ce rapport, reproduit sommairement dans le journal de votre société, est des plus intéressantes ; bien intéressants et instructifs sont aussi les plumitifs inédits des séances relatant les observations et les discussions. Et ce n'était ni le renom, ni l'appât de la publicité qui se trouvaient en jeu ; il n'existait alors qu'un seul journal de médecine paraissant tous les mois.

Cette épidémie de l'an XI a présenté deux périodes : l'une de pluviôse à germinal, l'autre à partir de germinal. Les phénomènes *essentiels*, qui étaient les mêmes que ceux d'aujourd'hui, sont décrits de main de maître. Dans les autres phènomènes, on relève et j'y appelle votre attention : « Visage gonflé, rouge ; gonflement douloureux de la face « présentant un caractère *érythémateux comme érysipélateux* ; crise imparfaite de dou- « leurs rhumatismales sur les membres ; *picqueté framboisé* de la muqueuse du pharynx ; « très souvent, *éruptions fébriles* et non fébriles, *preuves pathologiques, dans cette épidé- « mie, de l'analogie qui existe entre le système des membranes muqueuses et l'organe « cutané.* »

Sont encore étudiés avec soin : « le catarrhe bronchique, le *catarrhe suffocant* ; les « enfants, les vieillards, les individus cacochymes y sont le plus exposés ; elle enlève « les malades au moment où l'on s'y attend le moins ; *oppression* extrême, les forces « tombent tout à coup, l'affaissement du malade s'accroît rapidement, une congestion « subite dans l'organe pulmonaire décide nne mort prompte. Quoique on ait beaucoup « exagéré sur la quantité des victimes de la maladie, on ne peut cependant se dissi- « muler que cette grippe ne soit généralement funeste aux vieillards, aux femmes, aux « enfants et même aux adultes attaqués de débilité naturelle ou acquise, aussi bien « qu'aux individus affectés d'asthme, d'hydropisie, de maladies de cœur. Mais tout cela « avait été prévu par les praticiens éclairés, depuis Hippocrate. »

La seconde période, à partir de germinal, offre une localisation particulière, et c'est Double qui présente le rapport :

« La nature essentielle de la maladie est toujours la même et, malgré que les mani- « festations secondaires aient changé de points, elles n'ont cependant pas abandonné le » domaine de la membrane muqueuse, laquelle est attaquée dans celles de ses parties »

« qui forment la conjonctive, qui tapissent les cavités des voies urinaires et qui se « distribuent aux différentes parties des organes de la génération. C'est ainsl qu'on « observe un très graud nombre d'ophtalmies, des stranguries, des dysuries, des affec- « tions leuchorrhéiques très fréquentes, des métrorrhagies, des avortements et autres accidents dépendant de la grossesse et de l'accouchement. Les agriculteurs se « plaignent beaucoup des avortements fréquents qui règnent parmi les vaches. »

Cette manifestation spéciale est mentionnée dans toutes les communications provenant de vos correspondants de la province. C'est la forme ophthalmique prédominante qui a fait donner à la seconde période de l'épidémie le nom de *cocotte*. « La douleur était « assez vive pour priver les malades de sommeil; elle s'étendait des paupières vers le « fond de l'orbite et à la partie antérieure de la tête, avec saillie apparente de l'œil; puis « survenait à la surface de la conjonctive une exsudation muqueuse abondante. »

Je dois vous faire remarqner incidemment que, depuis huit jours, j'ai observé trois malades atteints de grippe, adultes de bonne constitution, ayant présenté une localisation de la douleur à la région temporo-maxillaire des deux côtés remontant vers le front, et léger gonflement de la parotide; au cinquième jour est survenu un écoulement séro-muqueux abondant par le conduit auditif. Ces malades n'avaient pas eu d'angine.

Si vous êtes désireux de connaître la thérapeutique de vos anciens collègues, à cette époque encore vierge des alcaloïdes, de l'emplâtre de thapsia, de la ouate et du molleton iodés, de l'antipyrine, de l'exalgine, de la phénacétine, elle se résume dans cette formule : « S'attacher à étudier, à saisir et à remplir les indications fournies par l'essence « de la maladie et ses formes diverses selon l'âge, les conditions particulières du ma- « lade. » Boissons adoucissantes et pectorales; opiacés; émissions sanguines rares et modérées; l'ipéca avec réserve; les purgatifs; révulsion sur la poitrine par de nombreuses ventouses sèches; cordiaux et nervins; stimulants diffusibles; toutes les labiées de la marjolaine à la menthe et à la mélisse; teintures et poudres de quinquina et de cannelle. Avaient-ils moins de succès qu'aujourd'hui? Je ne saurais vous le dire : ils ont eu des succès, mais ils ont signalé leurs revers.

Quoi qu'il en soit, vous reconnaîtrez que les points de ressemblauce sont nombreux et complets entre l'épidémie de 1889 et celle de l'an XI jusqu'à germinal, et vous reconnaîtrez aussi *leur particularité éruptive*.

Donc, rien de nouveau, si ce n'est le cri de ralliement actuel : le microbe; le microbe, soit! cherchons la preuve; regardons au microscope, mais observons en même temps, et avec soin, nos malades. La devise de votre Société depuis sa fondation, en 1795, n'est-elle pas : « Le progrès dans la médecine par le progrès dans la science ? »

M. Deligny : Je viens d'observer deux cas de grippe chez deux personnes habitant ensemble, le mari et la femme. Chez le premier, céphalalgie, courbature, coryza, bronchite, le tout terminé en huit jours; la femme a eu les mêmes symptômes que son mari, la fièvre a été plus forte, il y a eu des troubles de l'estomac et une *éruption érythémateuse* sur le corps.

— M. Bouloumié fait une communication ayant pour titre : *Eaux minérales et tuberculose pulmonaire.*

— La séance est levée à six heures.

FORMULAIRE

Sirop contre les maladies cutanées. — Augagneur.

Acide phénique cristallisé....................	3 à 10 grammes.
Glycérine................................	q. s. pour dissoudre.
Sirop d'écorces d'oranges amères	400 grammes.

F. s. a. un sirop, dont on fait prendre 2 cuillerées par jour. — Pour les enfants, la dose d'acide phénique du sirop est réduite de 3 à 5 grammes. — Ce remède réussit,

selon l'auteur, contre le prurigo des enfants et les prurigos en général. L'eczéma est amélioré dans ses formes sèches et lichénoïdes, plus rarement dans les formes aiguës et très humides. On n'a rien obtenu contre le psoriasis. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 6 janvier 1890, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Hanot, médecin de Saint-Antoine; Vollant, médecin du Bureau de bienfaisance du XIII[e] arrondissement de Paris; Troisier, médecin de la Pitié; Raymond, médecin de Saint-Antoine; Basley, chirurgien en chef des hospices de Bayeux; Ribemond-Dessaignes, accoucheur à l'hôpital Beaujon; Sergent, médecin à Paris; Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse; Josias (Albert), médecin des hôpitaux de Paris; Bertrand, médecin à Chalon-sur-Saône; Cousturier, membre du Conseil général de la Sarthe; Dehenne et Royer, médecins à Paris; Roux, maire d'Hyères.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1889, M. le docteur Mendousse, conseiller d'arrondissement à Sos, est nommé officier d'Académie.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Gendrin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé dans sa 94[e] année.

Société médico-pratique. — Composition du bureau pour l'année 1890 : Président, M. Michel-Dansac; vice-présidents, MM. Descroizilles et Boutin; secrétaire général, M. Cyr; secrétaire général adjoint, M. Tripet; secrétaires annuels, MM. P. Blocq et D. Labbé; trésorier, M. F. Vigier.

— Séance du 13 janvier 1890. — *Ordre du jour :* 1. Installation du Bureau. — 2. Rapport de M. Philbert sur la candidature de M. Rabion. — 3. Rapport de M. Vigier sur les finances de la Société. — 4. Suite de la discussion sur l'épidémie régnante. — 5. M. Gautrelet : Recherches sur l'électricité animale. — 6. M. Duchesne : De la thérapeutique tœnicide. — 7. M. Desnos : Pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires.

Société de médecine légale. — Séance du lundi, 13 janvier 1890, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Installation du bureau. — 3. Rapports de commissions. — 4. Communications diverses.

— Pour cause de maladie : **à céder** *une belle clientèle* dans une grande ville du Midi. — On céderait aussi, au besoin, le logement et un riche mobilier de cabinet, et même s'il le fallait, le mobilier de tout l'appartement.

Poste médical. — On demande un docteur en médecine pour une localité dans la grande banlieue de Paris. — S'adresser au bureau du Journal.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

De l'hématozoaire de l'impaludisme (1)

Par M. Hallopeau,

Professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Un nouvel hématozoaire, celui de l'*impaludisme*, a été récemment découvert par Laveran (2).

On sait que l'intoxication palustre se développe exclusivement sous l'influence de miasmes émanés du sol, le plus souvent de terrains marécageux, d'autre fois de terrains riches en éléments organiques, tels, par exemple, que la campagne de Rome, dont l'activité n'est pas utilisée par la végétation (3). L'agent infectieux, introduit dans l'organisme, peut y rester pendant de longues années en donnant lieu, de temps en temps ou d'une manière persistante, à des troubles morbides. Sa nocuité est beaucoup plus grande dans les climats chauds que dans les climats froids et tempérés; il n'est pas prouvé qu'il puisse se transmettre par contagion; ce serait en tout cas bien exceptionnellement.

Jusqu'à ces derniers temps, les recherches entreprises pour le découvrir chez les malades atteints de fièvre intermittente n'avaient donné que des résultats négatifs ; aussi les observateurs se sont-ils efforcés de le trouver dans le milieu infectant. Les microbes abondent au voisinage des marais ; plnsieurs d'entre eux ont été successivement incriminés : la *palmella gimesma* l'a été par Salisbury (4), l'*alga* dite *miasmatica* par Balestra, la *lymnophisalix hyalina* par Eklund, l'*hydrogastrum granulatum* par Safford et Bartlet, etc. Récemment Klebs et Tommasi Crudeli (5) ont examiné au même point de vue l'air, l'eau et le sol des parties de la campagne romaine où la malaria sévit avec le plus d'intensité et ils sont arrivés à cultiver des schizomycètes qu'ils ont considérés et considèrent encore aujourd'hui comme les agents infectieux de l'impaludisme ; leur opinionest actuellement tout à fait isolée.

(1) Extrait du *Traité élémentaire de pathologie générale*, qui va paraître chez J.-B. Baillière.

(2) Laveran (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 1881 ; *Soc. méd. des hôpitaux* 1882; *Traité des fièvres palustres*, 1884; *Ann. de l'institut Pasteur*, 1889 ; *Arch. de médec. expériment.*, 1889).

(3) L. Colin. *Traité des fièvres intermittentes*, Paris, 1870.

(4) Salisbury. *Causes des fièvres intermittentes et rémittentes rapportées à une algue du genre Palmella* (*Ann. d'hyg.*, t. XIX, p. 215).

(5) Klebs et Tommasi Crudeli, *Studien ueber die Ursache des Wechselfiebers und ueber die Natur der Malaria* (*Arch. für exper. Path. und Pharmakol.*, t. XIII).

Laveran a cherché d'abord le microbe générateur de l'impaludisme non dans le milieu ambiant où il eût été bien difficile de le distinguer des autres micro-organismes, mais dans le sang, et, plus heureux que ses prédécesseurs, il y a réussi. Ce parasite revêt des formes diverses.

1° *Corps sphériques* (fig. 59, 62, 63).—Ce sont les plus communs : constitués par une substance hyaline incolore, très transparente, ils ont des dimensions variables ; les plus petits ont à peine un μ ; beaucoup ont des dimensions égales et un peu supérieures à celles des hématies ; ils sont souvent accolés à ces éléments ; ils y sont même inclus. d'après Marchiafava et Celli, dont Councilman partage à cet égard la manière de voir (fig. 61). Laveran leur objecte que les notions acquises sur la structure et la consistance des hématies permettent difficilement de comprendre que ces parasites puissent s'y intro-

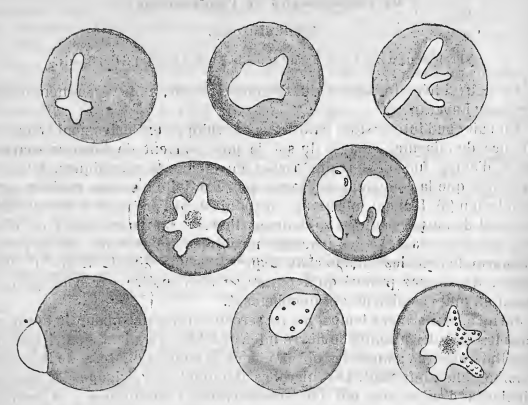


Fig. 61. — Plasmodies dans des globules rouges. — Changements de forme qu'elles présentent. — Plusieurs contiennent des granulations pigmentaires. — L'une d'elles est en train de sortir du globule.

duire ; il est plus probable qu'ils s'y accolent en les déprimant ; ce qui rend cette supposition plus vraisemblable encore, c'est qu'on les trouve dans le sang à l'état de liberté, à toutes les périodes de leur développement. Nous verrons cependant que Laveran lui-même admet qu'une partie des corpuscules, ceux qui ont la forme d'un croissant, représentent des hématies envahies par le parasite. On peut leur distinguer un double contour sur les préparations traitées par l'acide osmique et les réactifs colorants ; ils n'ont pas de noyau. Les plus petits se présentent sous la forme de taches claires sur les hématies ; ils ne contiennent que peu ou point de pigment ; à mesure qu'ils augmentent de volume, ils se chargent de grains de pigment qui assez souvent forment une couronne régulière dans leur intérieur. On dirait un collier de perles noires. Un même globule rouge peut supporter trois ou quatre de ces corpuscules qui s'accroissent à ses dépens, le font pâlir et finissent par le détruire. Ils sont animés de mouvements amiboïdes ; ils s'allongent, s'étalent, puis reprennent leur forme sphérique ; parfois ils se

segmentent en trois ou quatre éléments semblables qui peuvent rester séparés ou se confondre de nouveau en un seul élément; leurs grains pigmentés sont souvent agités d'un mouvement rapide analogue au mouvement brownien, mais moins constant et moins régulier, et probablement communiqué par les mouvements amiboïdes.

2° *Filaments mobiles ou flagella.* — A l'état de mouvement, on aperçoit assez souvent, autour des corps sphériques, des filaments très transparents, animés de mouvements extrêmement vifs et variés dans tous les sens (fig. 66); on ne peut mieux les comparer qu'à ceux d'anguillules dont une des extrémités serait fixée dans l'intérieur de l'élément sphérique. Ces filaments impriment aux globules rouges du sang les plus voisins des mouvements très variés et très faciles à constater. La longueur des filaments ou appendices mobiles peut être évaluée à trois ou quatre fois le

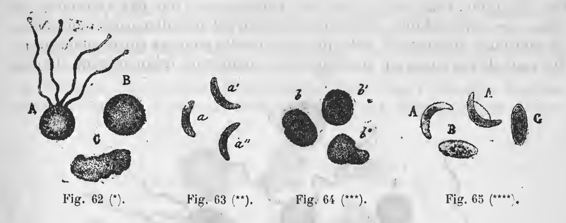


Fig. 62 (*). Fig. 63 (**). Fig. 64 (***). Fig. 65 (****).

diamètre d'un globule rouge; leur nombre a paru être, pour chaque corps sphérique, de trois ou de quatre; il est peut-être plus grand, car on n'aperçoit que les filaments qui s'agitent, et, même parmi ceux-ci, on ne peut voir que ceux qui sont exactement au point. Tantôt les filaments mobiles sont étalés d'une façon assez symétrique de tous les côtés; tantôt ils sont groupés d'un seul côté. L'extrémité libre des filaments mobiles présente souvent un petit renflement piriforme; on constate souvent aussi de petits renflements qui semblent se déplacer suivant leur longueur. Marchiafava et Celli ne les considèrent, évidemment à tort, que comme des prolongements sarcodiques.

Pendant que ces filaments ou appendices mobiles s'agitent, le corps sphérique sur lequel ils viennent s'insérer subit un mouvement oscillatoire plus ou moins rapide; quelquefois même, il est animé d'un mouvement de translation. Les granulations pigmentaires s'agitent à l'intérieur, et leur disposition devient alors très variable.

(*) A, corps sphérique avec filaments mobiles vu à neuf heures du matin. — B, le même corps vu une demi-heure plus tard; les mouvements ont disparu, on ne voit plus trace des filaments périphériques. — C, le même corps vu le même jour à deux heures et demie du soir.

(**) *a*. *a'*, *a"*, corps en croissant observés le 29 novembre 1880, à deux heures quinze minutes du soir.

(***) *b*. *b'*, *b"*, aspect des corps représentés dans la figure précédente le 30 novembre au matin (Laveran).

(****) AA', corps en croissant. — B, corps ovalaire pigmenté. — C, corps ovalaire dans une préparation de sang traitée par l'acide osmique à 1/300 et la glycérine picro-carminée; on aperçoit un double contour.

Il est arrivé plusieurs fois à M. Laveran, pendant qu'il observait les corps sphériques en mouvement, de voir un des filaments mobiles se détacher d'un de ces corpuscules et continuer à se mouvoir au milieu des hématies. La figure 66 *c* représente un de ces filaments devenu libre. MM. Bouchard (1) et Straus (2) sont d'accord avec M. Laveran pour considérer ces flagella comme éminemment caractéristiques.

3° *Corps en croissant* (fig. 63 et 65). — Ce sont des éléments cylindriques allongés, plus ou moins effilés à leurs extrémités, souvent incurvés en croissant, quelquefois de forme ovalaire. Leur longueur est de 8 à 9 μ; leur largeur, de 2 μ en moyenne. Leurs contours sont indiqués par une ligne très fine; leur corps est transparent, incolore, sauf vers la partie moyenne, où il existe une tache noirâtre constituée par une série de granulations arrondies, qui paraissent être des granulations pigmentaires (fig. 64 et 65). Par exception, cette tache peut être située près d'une des extrémités du corps. Les granulations affectent assez souvent une disposition régulière, en couronne, analogue à celle qui a été décrite pour les corps sphériques. Sur ceux de ces corps qui sont incurvés, on aperçoit fréquemment, du côté

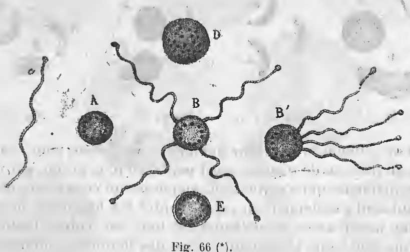


Fig. 66 (*).

de la concavité, une ligne courbe, pâle, qui semble relier les extrémités du croissant. Ces corps ne paraissent pas doués de mouvements; quand leur forme se modifie, c'est d'une façon très lente.

A côté des éléments cylindriques en croissant, on trouve presque toujours des corpuscules qui paraissent être des formes intermédiaires aux corps sphériques et aux corps en croissant. La forme de ces derniers, leurs dimensions qui sont toujours à peu près les mêmes et qui se rapprochent de celles des hématies, la ligne fine qui souvent réunit les cornes du croissant permettent de penser qu'il s'agit d'hématies envahies par l'hématozoaire.

(1) Bouchard, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1889.

(2) Straus, *C. R. de la Soc. de biologie*, 1888.

(*) A, corps sphérique immobile. — B. corps sphérique avec filaments mobiles. Ces filaments, au nombre de quatre, sont munis d'un petit renflement à leur extrémité libre. — B', autre aspect d'un corps sphérique en mouvement, les filaments mobiles sont situés d'un même côté. — C, un filament mobile devenu libre. — D, corps sphérique rempli de granulations pigmentaires qui s'agitent très vivement. — E. corps sphérique dans une préparation de sang traitée par l'acide osmique à 1/308 et conservée dans la glycérine picro-carminatée ; on aperçoit un double contour.

4° *Corps hyalins.* — Pigmentés, irréguliers, déformés et immobiles, ils représentent vraisemblablement les cadavres des corps sphériques (fig. 67).

5° *Corps en rosace.* — Ils sont régulièrement segmentés et dessinent ainsi des rosaces très élégantes; d'après Golgi, les éléments résultant de leur division représenteraient les corps sphériques à l'état normal.

6° *Leucocytes mélanifères.* — On les rencontre presque toujours dans le sang des paludiques après les accès de fièvre; la présence d'un noyau permet de les distinguer aisément des corps sphériques pigmentés. Les leucocytes contribuent puissamment, surtout pendant les accès de fièvre où l'élévation de la température accroît leur activité, à détruire les parasites.

Les diverses formes indiquées présentement représentent évidemment les phases successives de l'évolution des mêmes parasites. Constitués au début par les petits corpuscules sphériques transparents, non encore pigmentés, qui forment de petites taches claires sur les hématies auxquelles ils sont accolés ou incorporés, ils s'accroissent, atteignent ou dépassent le volume des globules rouges et se chargent de pigment aux dépens de ces éléments. Ils paraissent être de petits kystes dans l'intérieur desquels se développent les flagella; ceux-ci, à un moment donné, percent l'enve-

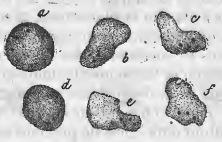


Fig. 67 (*).

loppe du kyste et, après s'être débattus plus ou moins longtemps, finissent par devenir libres. Le pigment contenu dans les leucocytes provient des globules rouges détruits par les parasites.

La disposition de ce pigment varie avec les différentes phases de l'évolution des sporozoaires; les granulations, d'abord disposées en couronne, se répandent dans toute la masse des corpuscules, puis s'accumulent dans sa partie centrale. C'est alors qu'un processus de segmentation s'accomplit dans les parties devenues libres de pigment; les fragments, d'abord piriformes, s'arrondissent, se séparent du centre pigmenté et, devenus libres, disparaissent, peu avant le prochain accès, de la circulation générale pour séjourner quelque temps dans les viscères, particulièrement dans ceux où le cours du sang est ralenti, la rate, le foie, la moelle des os; les masses pigmentées s'incorporent aux globules blancs. Au commencement de l'accès suivant et pendant sa durée, les sporozoaires apparaissent de nouveau dans le sang, où on les trouve surtout accolés aux globules rouges.

C'est avant les accès et à la période initiale que généralement les parasites se trouvent en plus grand nombre; d'après James (1), ils présentent souvent alors l'aspect segmenté; les corps en croissant ne se rencontrent que dans les formes chroniques. Les hématozoaires, à l'exception des corps en croissant, disparaissent rapidement sous l'influence du sulfate de qui-

(*) *a, b, c, d, e, f*, corps sphériques plus ou moins déformés.

(1) James, *The microorganisme of malaria (the Medic. Record*, 1888).

nine à hautes doses; ils se détruisent aussi après les accès pendant lesquels les leucocytes se les incorporent par phagocytose; il est possible aussi que, conformément à l'hypothèse de MM. Roux et Chamberland (1), la culture abondante de parasites qui se produit pendant les accès ait pour résultat l'élaboration de substances qui fassent du sang un milieu impropre à leur développement.

D'après Golgi (2), les rapports entre l'évolution cyclique des sporozoaires et le mode de succession des accès sont soumis à des règles plus rigoureuses que nous ne l'avons précédemment indiqué. Dans la fièvre quarte, il s'écoule exactement trois jours entre l'invasion des globules rouges par les parasites et la segmentation que subissent ces derniers pour former les jeunes éléments destinés à une nouvelle invasion dans les hématies; dans la fièvre tierce, le cycle est de deux jours. Ces différences d'évolution répondent à des différences dans la nature des parasites : il s'agit de deux espèces distinctes de sporozoaires; elles se distinguent par leurs caractères biologiques et morphologiques. Les parasites de la fièvre tierce ont des mouvements amiboïdes beaucoup plus vifs; ils décomposent l'hémoglobine beaucoup plus rapidement et plus complètement; ils dissocient les globules rouges, tandis que ceux de la fièvre quarte ne font que les atrophier. D'autre part, les sporozoaires de la fièvre tierce ont toujours, d'après Golgi, un protoplasma beaucoup plus fin et plus délicat avec des contours moins nets; leurs granulations pigmentaires sont également plus fines. Les phénomènes de segmentation se succèdent très différemment dans les deux espèces : les sporozoaires de la fièvre quarte donnent, en se divisant, de 6 à 12 jeunes éléments, ceux de la fièvre tierce en fournissent de 15 à 30 notablement plus petits; les jeunes éléments de la fièvre quarte sont piriformes et disposés en rayons autour d'un amas de pigment sans parois (plasmodies en fleurs de marguerites), tandis que ceux de la fièvre tierce sont arrondis et groupés en couronne autour d'un centre pigmenté et entouré d'une membrane (plasmodies en fleurs de soleil). Quant aux autres types fébriles, ils sont provoqués, tantôt par des variétés des types précédents évoluant à intervalles différents, tantôt par les sporozoaires en forme de croissants; ceux-ci se rencontrent dans les fièvres à marche irrégulière et remarquables par leur résistance au traitement.

On explique par la présence de ces parasites, non seulement les accès de fièvre, mais aussi les altérations organiques qui caractérisent l'impaludisme; on les a trouvés en quantité dans le sang extrait de la rate, dans les vaisseaux du foie (3) et dans ceux de l'encéphale; on explique ainsi l'hypermégalie splénique et les accidents comateux de cette infection.

La description de M. Laveran, accueillie au début avec une réserve, on peut dire, un scepticisme qui ne nous ont jamais paru justifiés (4), car elle portait le cachet de la vérité, est aujourd'hui considérée comme exacte par

(1) Roux et Chamberland, *Sur l'immunité contre la septicémie conférée par les substances solubles* (*Ann. de l'instit. Pasteur,* 1887).

(2) Golgi, *Sull' infezione malaria* (*Archiv. per la sciensa médiche,* 1884). — *Ancora sulla infezione malarica* (*Est. de Gaz de ospedali,* 1886). — Nous résumons les vues de cet auteur d'après le compte rendu qu'en donne Baumgarten dans son traité de mycologie pathologique.

(3) Golgi, *Richerchi sulle alterazioni del fegato nella infezione da malaria* (*Atti. de R. accad. med. di Roma,* 1886-1887).

(4) Voir notre 1re édition 1884.

la presque unanimité des observateurs compétents. Les éléments désignés par M. Marchiafava et Celli (1) sous les noms de plasmodies et d'hémoplasmodies ne sont évidemment autres que les corpuscules de Laveran. MM. Richard et Roux en France, Sternberg (2), Councilman et Abbot, Ossler, en Amérique, V. Carter aux Indes, Golgi (3) et Guarnieri (4) en Italie, ont confirmé l'importance découverte de notre compatriote.

Ces parasites se classènt parmi les hématozoaires ; ils ressemblent beaucoup à des organismes flagellés que Danilewski a trouvés, dans le sang des grenouilles, des tortues, des lézards et des oiseaux; Metschnikoff les rapproche des coccidies ; M. Laveran les appelle *hématozoaires de l'impaludisme* ; mieux vaudrait dire : *hématozoaires de Laveran.*

Ces corps n'ont pas jusqu'ici été cultivés, mais on peut néanmoins considérer comme démontré qu'ils constituent les agents infectieux du paludisme.

En effet, *Laveran les a trouvés dans* 432 *cas de cette maladie sur* 480 *qu'il a étudiés à ce point de vue.* La plupart des observations négatives se rapportent à des faits remontant au début des recherches ou à des malades traités par le sulfate de quinine, ou à des cachectiques sans accès. *Councilman* (5) *a constaté la présence des hématozoaires dans tous les cas de paludisme qu'il a examinés et ne les a jamais trouvés chez les sujets sains ou atteints d'autres maladies;* d'autre part, ils disparaissent rapidement au moment où les manifestations paludéennes cessent de se produire spontanément ou sous l'influence du traitement; enfin, on a observé leur transmission chez les sujets auxquels plusieurs pathologistes ont réussi à communiquer la maladie par l'injection intra-veineuse de sang recueilli chez des sujets infectés. Si, en effet, les tentatives d'inoculation aux animaux de l'infectieux paludéen, tentées par les docteurs Marchiafava, de Renzi, Richard et Laveran, ont été constamment infructueuses, il n'en a pas été de même chez l'homme. Dès 1880, Dockmann (6) constatait que l'injection sous-cutanée du contenu des vésicules d'herpès labial recueilli chez des sujets atteints de fièvres palustres provoquait pendant plusieurs jours des frissons accompagnés d'hyperthermie; en 1882, Gerhardt (7) détermine chez deux sujets l'apparition d'accès intermittents en leur injectant sous la peau 1 gramme de sang provenant d'un malade atteint des mêmes fièvres; trois expériences semblables de MM. Mariotti et Ciarocchi (8) et cinq de M. Marchiafava (9) ont également donné des résultats positifs; le type de la fièvre communiquée est le même qui a été observé chez le malade dont le sang a été inoculé; plusieurs fois, M. Marchiafava, après avoir constaté la présence de corpuscules parasitaires dans les globules rouges du sang qu'il injectait, les a retrouvés au moment des accès

(1) Marchiafava et Celli, *Untersuch über die Malaria infection* (*Fortschr. der medic.*, 1885. — *Sulla infezione malarica* (*Estr. d. atti d. R, accad. med. di Roma*, 1886-1887).

(2) Sternberg, *The malaria germ of Laveran* (*The medic. Record*, 1886).

(3) Golgi, *loc. cit.*

(4) Celli et Guarnieri, *Sull' etiol. d. infezione malarica* 1889.

(5) Councilman, *Recherches complémentaires sur les germes de la malaria de Laveran* (*Soc. path. de Philadelphie*, 1887).

(6) Dockmann, *Zur Lehre von Febris intermittens'* (*St-Petersb. Med. Zeitschr*, 1880).

(7) Gerhardt, *Zeitsch. f. klin Med.* Bd VII.

(8) Mariotti et Ciarocchi, *Lo Sperimentale*, 1884.

(9) Marchiafava, *Fortschr. der Medicin*, 1884.

dans le sang des sujets contaminés (1) : la fièvre palustre est donc inoculable.

Les caractères du parasite de l'impaludisme étant connus, on pouvait avec plus de chances de succès le chercher dans l'eau et le sol des localités infectées. M. Laveran a trouvé plusieurs fois dans l'eau des marais : 1° des flagella libres présentant à peu près le même aspect et les mêmes dimensions que ceux du sang du paludique et animés de mouvements semblables ; 2° des organismes doués de mouvements amiboïdes et munis d'un ou de plusieurs flagella semblables aux corps sphériques munis de flagella des paludiques, avec cette différence que les flagella étaient plus régulièrement disposés. On ne pourra affirmer qu'il s'agit des mêmes animalcules que le jour où l'on aura provoqué les accès de fièvres palustres par leur inoculation.

Danilewsky a décrit chez les oiseaux une psorospermie qu'il croit identique au parasite de Laveran ; il n'en a point fourni la preuve.

REVUE DES JOURNAUX

Propriété diurétique remarquable de la combinaison de la caféine avec la paraldéhyde. — Le numéro du 15 novembre, 1889, de *The Therapeutic Gazette* contient un article résumé sur l'emploi, comme diurétique, de la caféine unie à la paraldéhyde dans les conditions suivantes : chez un homme de 40 ans, atteint d'une effusion immense intra-péritonéale due à une congestion veineuse produite par une maladie de cœur, la médication indiquée a été suivie d'une émission plus que doublée de l'urine et d'une diminution considérable de l'ascite. Les mêmes effets sont signalés chez un jeune homme de 22 ans, souffrant d'œdème et d'hydropisie causés par une maladie de cœur ; dans des cas de néphrite chronique avec œdème, l'action diurétique fut remarquable et l'œdème disparut. Enfin, dans des cas de pleurésie séro-fibrineuse, avec épanchement abondant sans la moindre tendance à la résorption, l'épanchement a cédé à la combinaison thérapeutique ci-dessus. — La paraldéhyde a été donnée en capsules à la quantité de 30 à 45 gouttes en trois doses, le soir, afin de faire coïncider le sommeil produit par le médicament avec le sommeil naturel. La caféine a été administrée à la dose de 25 à 45 centigrammes. L'auteur fait remarquer que, lorsque l'ascite est liée à une cirrhose du foie, l'effet diurétique est nul. — Les faits qui précèdent ne doivent pas être négligés, car dans beaucoup de cas douloureux, ils peuvent mettre sur la voie, au moins d'heureux soulagements. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 janvier. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Tumeurs des ligaments larges. — Abcès du foie. — Traitement des fistules rénales.

A propos de la présentation faite par M. Pozzi, dans la dernière séance, d'un *fibrome* développé dans l'épaisseur des ligaments larges, M. Terrillon rapporte une observation intéressante. Il s'agit d'une femme de 37 ans qui avait eu sept enfants et avait vu peu à peu se développer une tumeur énorme dans l'abdomen. Quand M. Terrillon la vit, le début remontait à trois ans et les phénomènes de compression étaient devenus tels que l'intervention s'imposait. La laparotomie permit de constater que la tumeur était dans

(1) Chassin, *Sur l'inoculation de la fièvre intermittente.* Thèse de Paris, 1885.

l'épaisseur du ligament large. La décortication de la partie moyenne du fibrome fut assez facile, mais on eut des difficultés à terminer l'isolement par suite d'adhérences avec les uretères et la vessie, qui faisait partie du pédicule. L'utérus fut sectionné au-dessus du vagin et le moignon oblitéré par six sutures à la soie, abandonné dans le ventre. La plaie abdominale fut suturée et un drain laissé pendant quarante-huit heures. Les suites furent très simples; la malade guérit rapidement et se porte très bien aujourd'hui.

Le fibrome pesait 19 kilogrammes et provenait de la partie postérieure et latérale de l'utérus.

M. Reclus a vu un fibrome du ligament large qui, d'abord dépendant de l'utérus, s'en était ensuite séparé. De nombreuses adhérences existaient avec l'épiploon et d'autres organes. Quand on les rompit, elles donnèrent beaucoup de sang. La guérison survint sans autre accident.

M. Tillaux rappelle à la Société qu'il a présenté il y a deux ans un fibrome très volumineux du ligament large. Il peut distinguer en deux espèces les tumeurs que l'on rencontre dans cette région. Tantôt il s'agit de fibromes nés de l'utérus qui se développent du côté des ligaments et dans leur épaisseur; tantôt, et cela beaucoup plus souvent, la tumeur est indépendante de la matrice et en reste toujours séparée. La tumeur de M. Terrillon appartient manifestement à la première variété. Celles qui se développent primitivement dans les ligaments sont habituellement faciles à énucléer.

M. Terrillon n'a pas dit que la tumeur qu'il a opérée s'était développée dans le ligament. La place qu'elle occupait, dans son cas, rendait l'opération difficile.

— M. Chauvel fait un rapport sur un mémoire de M. Barthélemy relatif à trois cas d'*abcès du foie* qu'il a observés en Tunisie.

Dans le premier cas, le malade était atteint d'hépatite aiguë et on a pratiqué, sans trouver le pus, des ponctions exploratrices.

La seconde observation se rapporte à un homme qui, huit jours après avoir reçu un coup dans l'hypochondre droit, eut de la fièvre et une augmentation de volume de la région au niveau du traumatisme. Le foyer de l'abcès, décelé par des ponctions exploratrices, fut incisé, drainé et lavé. La guérison survint rapidement.

Dans le troisième fait, les signes de l'abcès se développèrent à la suite d'une dysenterie. Après une première ponction qui ne ramena rien, une deuxième, pratiquée quinze jours plus tard, permit de trouver le pus. L'incision directe n'amena d'abord qu'un écoulement de sang, et il fallut de nouvelles recherches pour atteindre le foyer. Ce dernier fut vidé, puis lavé au sublimé. La fièvre disparut et la guérison fut rapide. Elle laissa une adhérence de la peau aux parties sous-jacentes.

Les ponctions exploratrices, dit le rapporteur, sont très utiles dans les abcès du foie, car elles permettent de faire un diagnostic précoce avant qu'il y ait voussure et œdème. Si elles permettent de trouver le pus, il faut immédiatement inciser le foyer. Il est inutile de suturer le tissu hépatique au péritoine.

— M. Brun fait un rapport sur le procédé d'*oblitération des fistules rénales consécutives a la néphrotomie* présenté par M. Tuffier. Le malade qui a fait le sujet de la communication avait subi plusieurs fois la lithotritie, et M. Guyon lui avait fait la néphrotomie du côté droit à cause des souffrances très vives dont il se plaignait. Pendant l'opération, on trouva des calculs dans les bassinets et les calices, mais le rein n'était pas enflammé. On se borna à laver antiseptiquement la plaie du rein et à la suturer incomplètement. La guérison survint, mais il persista une fistule lombaire laissant écouler de l'urine.

Le rein étant malade de l'autre côté, le chirurgien ne pouvait songer à la néphrectomie. Dans ces conditions, M. Tuffier s'assura de la perméabilité de l'uretère en y injectant de la teinture d'iode en analysant l'urine, puis, ayant assuré l'asepsie de la région, il pratiqua l'opération de la manière suivante : Il fit une incision lombaire à deux travers de doigt en avant de l'ancienne, de manière à respecter la fistule, et, une fois arrivé sur le rein, l'isola, sauf au niveau de l'adhérence au trajet fistuleux. Ce dernier fut extirpé et sa partie intra-rénale avivée et suturée au catgut. Le rein fut alors aban-

donné dans l'abdomen et les parties molles superficielles réunies et drainées. Le résultat a été parfait.

Le succès qu'a obtenu M. Tuffier tient à l'asepsie du rein et à la perméabilité de l'uretère, qui lui ont permis de suturer le rein sans craindre d'accidents, mais peut-être ces conditions favorables se rencontrent-elles en réalité assez rarement. Si la néphrotomie conduit sur un rein non suppuré, la suture réussit presque toujours et il n'y a pas de fistule. Cette dernière, si elle se développe, guérit souvent spontanément. S'il y a de la pyélonéphrite, il faudra désinfecter les parties avec le plus grand soin et être sûr de la perméabilité de l'uretère qui n'existe pas toujours, car l'urétérite est très fréquente dans ces cas.

M. Brun a fait trois fois la néphrotomie et la fistule persistait un an et un an et demi après. Une néphrectomie secondaire qu'il s'est décidé à entreprendre dans un de ces cas a été suivie d'une urétérite très intense qui prouva le rôle important de ce conduit dans la pathogénie des accidents. L'opération, telle que l'a pratiquée M. Tuffier, ne consistant que dans l'extirpation du trajet fistuleux avec ensuite suture du rein, ne peut rien contre le foyer urétéral qui existe souvent ; elle n'est bonne que quand ce conduit est perméable et que l'asepsie de la région est complète. Dans les cas les plus habituels, l'uretère n'est pas libre et il y a de la suppuration ; la néphrectomie est alors seule indiquée.

M. Bouilly croit que l'opération que conseille M. Tuffier peut être utile, mais qu'elle comporte de nombreuses contre-indications. Outre celles dont a parlé M. Brun, il en signale une due à l'épaississement considérable des tissus qui entourent le rein et qui arrivent à former une véritable coque. Quand il en est ainsi, l'isolement de l'organe devient très pénible et peut-être même dangereux, car il est difficile de bien distinguer ce qui appartient au rein et ce qui appartient à la coque.

Dans un cas récent, M. Bouilly s'est trouvé en présence de cette difficulté. Il a voulu opérer une malade qui rend de temps à autre des urines purulentes. Il est tombé sur des tissus épaissis, indurés et a dû s'arrêter, car il ne savait plus où était le rein. Quand on aura affaire à des cas anciens, il est évident que cette complication se présentera souvent.

M. Marchand a opéré dernièrement un malade dans des conditions qui se rapprochent de celles que vient de signaler M. Bouilly. Il avait fait la néphrotomie pour une pyélonéphrite et il en était résulté une fistule. Pour guérir cette dernière, M. Marchand essaya de curer le trajet et trouva des tissus très indurés; il ne put isoler le rein et dut abandonner l'opération, craignant de provoquer des complications.

M. Le Dentu insiste sur ce point que, en 1888, M. Guyon a décrit l'opération dont il est question dans une de ces cliniques. L'isolement et la suture du rein ont été très étudiés par lui. M. Le Dentu s'est aussi occupé des différents modes de traitement des fistules du rein et a montré toute l'importance qu'avait l'accessibilité de l'uretère. Il faut apporter le plus grand soin, quand on fait l'opération, à trouver cet organe. L'asepsie des fistules est fort rare, tandis que les adhérences et indurations sont assez fréquentes. M. Le Dentu doute que la résection de ces fistules soit fréquemment indiquée.

Pour M. Brun, les cas qu'ont cités MM. Bouilly et Marchand ne sont pas comparables à celui de M. Tuffier, car il s'agit d'anciens abcès périnéphrétiques. M. Guyon s'est, il est vrai, occupé le premier de l'opération, mais M. Tuffier en a tracé les règles avec bien plus de détails.

— M. Peyrot fait un rapport sur trois observations d'*ovariotomie* adressées par M. Ledru (de Clermont-Ferrand). Dans l'un des cas la malade, âgée de 59 ans, avait un kyste multiloculaire; l'opération réussit parfaitement. Une seconde malade, âgée de 32 ans, avait à la fois un kyste avec adhérences et un hématome ancien situé derrière lui; malgré la production de quelques abcès superficiels, la guérison fut rapide. La troisième opération, pratiquée sur une femme de 54 ans, fut suivie du même succès,

malgré la présence de quelques adérences. M. Ledru a fait sur le pédicule deux plans de ligatures. M. Peyrot regarde cette pratique comme inutile.

— M. Moti présente deux malades : à l'un il a fait une double trépanation au niveau du temporal pour un foyer d'ostéite suppurée, à l'autre une suture intestinale après laparotomie ; l'intestin avait été déchiré par un coup de pied de cheval.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de décembre 1889.

Mercredi 4 décembre 1889. — N° 23. M. Moutet : Du début cardiaque du goitre exophthalmique. (Président, M. Potain.) — N° 24. M. Peltier (Fr. L.) : Des accidents atropiniques dans le traitement des maladies des yeux. (Président, M. Hayem.) — N° 25. M. Landois (E.) : Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire. (Président, M. Damaschino.) — N° 26. M. Ratuld (L. M.) : De la myopie : Quelques considérations sur son étiologie et sa prophylaxie. (Président, M. Straus.) — N° 27. M. Deumier (Eug.) : De la rétinite atrophique et de l'ozène. (Présideut, M. Damaschino.)

Jeudi 5. — N° 28. M. Vacher (Ch.) : Etude démographique et médicale sur le ralentissement de la population en France. (Président, M. Brouardel.) — N° 29. M. Courtel (Fernand) : Embarras gastrique fébrile et fièvre typhoïde. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 30. M. Crouzat (F.) : De l'opération du varicocèle par le procédé de M. Horteloup. (Président, M. Duplay.) — N° 31. M. Franquel (Georges) : Du lymphadénome ganglionnaire et de son traitement par l'arsenic. (Présideut, M. Panas.) — N° 32. Icard (Séverin) : Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle considéré plus spécialement dans ses rapports avec la morale et la médecine légale. (Président, M. Ball.) — N° 33. N. Chartier (Paul) : Contribution à l'étude des éruptions brightiques. (Président, M. Laboulbène.)

Jeudi 12. — N° 34. M. Aubert (Ch.) : Contribution à l'étude des luxations des vertèbres cervicales. Quelques cas heureux de réduction. (Président M. Le Fort.) — N° 35. M. Jouanneau : De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire. (Président, M. Ball.)

Mercredi 18. — N° 36. M. Gordon (Moïse) : De la taille hypogastrique par calcul chez l'enfant. (Président, M. Lannelongue.) — N° 37. M. Valentin : De la délivrance dans le cas de fœtus mort et macéré. (Président, M. Pinard.) — N° 38. M. Tissier (P. L. A.) : Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire, étude chimique, expérimentale et clinique. (Président, M. Hayem.) — N° 39. M. Amiard (Joseph) : Traitement de l'ongle incarné. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 19. — N° 40. M. Lepicard (Maurice) : Nerveux et arthritiques. (Président, M. Peter.) — N° 41. Mlle Marie Coulacoff : Déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements. (Président, M. Peter.) — N° 42. M. Leguy (Louis) : Du massage et principalement de son application au traitement des paralysies. (Président, M. Ball.) — N° 43. M. Orval (André) : Des lymphangites vénériennes de la verge. (Président, M. Panas.) — N° 44. M. J. Larcher : Des paupières rudimentaires chez l'homme. (Président, M. Panas.) — N° 45. M. Morlat (Louis) : Contribution à l'étude du traitement du phlegmon diffus (méthode de Dobson). (Président, M. Le Fort.) N° 46. M. Kgrohen (Alfred) : Considérations sur la dysentérie palustre. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 47. M. Mousseau (Fernand) : Des varices de la vulve et des hémorrhagies consécutives à leur rupture. (Président, M. Duplay.) — N° 48. M. Bergada (Antonio) : De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques et en particulier aux kystes hydatiques du foie. (Président, M. Duval.)

Lundi 23. — N° 49. M. Soutoul (Fr. Aug.) : Hystéries toxiques. (Président, M. Fournier.) — N° 50. M. Vinson (E. L.) : Contribution à l'étude du tétanos ; de l'état actuel de nos connaissances sur les causes du tétanos. (Président, M. Gouyon.)

Jeudi 26. — N° 51. M. Thoris (A.) : Quelques considérations sur les idées de persécution dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.) — N° 52. M. Jourda (J. B.) : Des abcès du sein chez le nouveau-né. (Président, M. Tarnier.)

Vendredi 27. — N° 58. M. Dumont (L.) : Contribution à l'étude du naphtol camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée. (Président, M. Potain.) — N° 54. M. Lauth (Armand) : Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc. (Président, M. Straus.)

FORMULAIRE

Traitement de la diphthérie. — Le Gendre.

Trois ou quatre fois par jour, toucher les fausses-membranes sur toute leur étendue et un peu au delà avec une solution de bichlorure de mercure à 1 p. 100 dans l'alcool. On se sert pour cela d'un tampon d'ouate, que l'on exprime après l'avoir imbibé. — Toutes les deux heures, irrigations abondantes, suivies de pulvérisations, avec une solution chaude, saturée d'acide borique (à 4 p. 100). Les pulvérisations peuvent être faites même plus souvent dans les cas très graves. — L'irrigation s'exécute avec l'irrigateur Eguisier, le robinet étant assez ouvert pour fournir un jet suffisamment énergique. — A l'intérieur, on administre le benzoate de soude, à la dose de 3 à 12 grammes, suivant l'âge et l'état des voies digestives, dans une potion prise par cuillerées d'heure en heure. On fait ingérer de l'alcool, sous forme de vins de Bordeaux, d'Espagne et de Champagne. On donne du café. — Alimentation constante avec des aliments variés. — Aérer et ventiler l'appartement, en maintenant l'atmosphère un peu humide et aseptique.

N. G.

COURRIER

Prix. — Nous sommes heureux d'apprendre que l'Académie de médecine de Belgique vient de partager le prix de 8,000 francs qu'elle avait destiné au meilleur mémoire sur l'épilepsie, *ex æquo* entre un de nos confreres américains et M. le docteur J. Christian, médecin de la maison nationale de Charenton. Nous adressons à ce dernier nos meilleures et plus amicales félicitations.

— Nous apprenons avec plaisir que M. le docteur Ciaudo, conseiller général des Alpes-Maritimes, et l'un de nos bons amis, a été nommé officier d'Académie le 31 décembre dernier.

Distinctions honorifiques. — S. M. I. le Sultan vient de conférer la 2e classe du Medjidié à M. le docteur Hardy, de l'Académie de médecine de Paris, et la 3e classe à M. le professeur A. Fournier (de Paris).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Berthault (de Chalon-sur-Saône), ancien élève de l'Ecole de Lyon; Camille Bancel (de Toul), fils et petit-fils de médecins; Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille; Willemin, ancien inspocteur-adjoint des eaux de Vichy, qui viennent de succomber aux complications de l'influenza, etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Adénome et cancer du foie.

I

M. Sabourin a trouvé dans certains foies cirrhotiques des productions épithéliales spéciales auxquelles il a appliqué le nom d'*adénome*.

La complication de la cirrhose par l'adénome bien connue depuis les travaux de cet auteur s'effectue d'après lui de deux façons, suivant que l'adénome est partiel ou généralisé.

L'adénome partiel forme des tumeurs enkystées de couleur gris-jaunâtre quand elles ne sont pas dégénérées ; dans la capsule qui les entoure et en dehors d'elle, il existe souvent des granulations hépatiques transformées de la même façon. Le nombre des tumeurs peut être très minime, mais leurs dimensions considérables.

Dans l'adénome généralisé, le foie granuleux cirrhotique est souvent rendu très volumineux par la présence d'un grand nombre de tumeurs enkystées et souvent divisées par des cloisons fibreuses. Beaucoup de granulations hépatiques isolées sont devenues adénomateuses. On note soit la transformation caséeuse des tumeurs, soit leur ramollissement central, soit leur envahissement par le sang ; d'autres fois la masse dégénérée prend une couleur jaune d'or vif.

La veine porte et ses ramifications intra-hépatiques sont remplies par un caillot gris-rosé.

Au microscope les tumeurs non dégénérées se montrent le plus souvent formées de cylindres épithéliaux avec ou sans canal central, ce dernier renfermant parfois un petit calcul biliaire. Quand on examine des points où la transformation adénomateuse est à son début, on constate qu'elle se caractérise par l'hypertrophie des trabécules hépatiques dont les cellules sont très granuleuses et contiennent un ou plusieurs noyaux énormes ; plus tard, la disposition en cylindres épithéliaux est bien nette et on voit qu'ils se continuent avec les trabécules voisines. Peu à peu ces dernières sont refoulées, s'aplatissent, s'atrophient, puis enfin cette zone devient fibreuse et le nodule est enkysté. Les cylindres sont séparés par les capillaires sanguins ; il peut ultérieurement se former une gaine fibreuse due à la rétraction d'un tissu conjonctif nouveau.

La cirrhose existe souvent à la fois autour et dans l'intérieur du lobule adénomateux. Autour de lui, elle résulte et de la cirrhose générale de la glande, et de la transformation en tissu conjonctif des cellules refoulées des trabécules non envahies ; dans l'intérieur, quand la dégénérescence régressive ne se produit pas trop rapidement, il y a épaississement de la

paroi des capillaires sanguins, le tissu conjonctif provenant probablement de la graine lymphatique de ces capillaires. Dans les cas extrêmes, les cylindres épithéliaux finissent par disparaître et il n'y a plus trace de l'adénome.

La régression dégénérative la plus fréquente des adénomes est l'infiltration graisseuse des cellules épithéliales; il faut encore citer la transformation colloïde qui forme des blocs jaunes d'or et la destruction ou l'envahissement par le sang.

Dans les vaisseaux, on trouve des bouchons formés soit d'épithéliums disposés sans ordre, soit de cylindres semblables à ceux des tumeurs du foie. Ces éléments cellulaires peuvent végéter sur la paroi vasculaire et la détruire.

II

Pour Sabourin, « l'adénome n'est qu'un accident dans l'histoire d'une cirrhose hépatique », car la cirrhose annulaire qui l'accompagne est très avancée dans son évolution, et l'adénome lui-même donne lieu à une cirrhose locale particulière qui ne se confond que tardivement avec la cirrhose générale, car, « longtemps après la jonction des deux zones fibreuses, on peut reconnaître, à des caractères spéciaux, les vestiges de cette cirrhose secondaire », qui forme les couches les plus internes des capsules adénomateuses. Quant à la nature même de la maladie, il s'agit, au début et à l'état adulte, d'une hypertrophie trabéculaire simple, processus vulgaire, inflammatoire. Mais, plus tard, les vaisseaux sont envahis, perforés ; des tumeurs nouvelles peuvent prendre naissance par infection dans le foie lui-même et à distance (deux observations de Lancereaux); il y a alors transformation de l'adénome qui, de topique et inflammatoire, devient hétérotopique et infectieux. Peut-être que l'hypertrophie nodulaire de Kelsch et Kiener est un premier degré de l'adénome.

M. Lancereaux regarde l'*hépato-adénome* comme une variété de cancer du foie. Dans une leçon publiée ici même, il s'exprime de la manière suivante : « Dire, comme on le fait communément aujourd'hui, qu'une telle lésion (l'adénome) est une complication de la cirrhose, c'est comme si l'on prétendait que, dans le cancer fibreux du sein, la néoformation épithéliale est consécutive à la sclérose de la glande... Cette forme de cancer parenchymateux du foie ne se comporte pas autrement que bien d'autres cancers épithéliaux, en particulier ceux de la mamelle. A mesure que se développe la végétation épithéliale, le tissu conjonctif réagit alentour et prolifère parallèlement. » (*Union médicale*, 1886, 2, p. 819). Notons que dans un premier mémoire, paru en 1867, M. Lancereaux ne rattachait pas l'adénome au carcinome.

Pour Kelsch et Kiener (*Archives de Physiologie*, 1876), l'hépatite interstitielle est concomitante de la néoformation adénomateuse. C'est aussi l'avis de MM. Gilbert et Hanot (*Etudes sur les maladies du foie, cancer,* etc., p. 69). A l'opinion de M. Lancereaux ils opposent ce fait que la cirrhose peut être étendue à tout le foie, tandis qu'il n'existe qu'une ou deux tumeurs adénomateuses ; à celle de M. Sabourin, que l'adénome peut exister sans cirrhose. Il s'agit, pour eux, d'un épithéliome trabéculaire et ils croient que « ces deux processus (cirrhose et adénome) résultent de l'action du même agent irritatif sur le tissu conjonctif et sur l'épithélium hépatique et que, de même que la cirrhose peut évoluer seule, de même aussi — par excep-

tion sans doute — l'épithéliome trabéculaire peut se développer isolément. »

C'est d'après le remarquable travail de MM. Hanot et Gilbert que nous allons décrire la forme de cancer primitif du foie que l'on doit appeler le *cancer avec cirrhose.*

III

Le cancer avec cirrhose forme plus du tiers des cas de cancer primitif du foie. Avec raison, MM. Hanot et Gilbert font remarquer que l'on peut trouver facilement l'explication de ce fait dans l'étiologie, car les causes du cancer et celles de la cirrhose offrent une certaine similitude. L'impaludisme et l'alcoolisme sont souvent notés dans les antécédents des cancéreux et ce sont là aussi des causes puissantes de la prolifération du tissu conjonctif du foie. Il y aurait, dans le cancer avec cirrhose, « juxtaposition de deux processus indépendants dominés par les mêmes conditions étiologiques ».

Le foie atteint de la variété de cancer que nous étudions arrive rarement à un volume considérable, et le plus habituellement le poids oscille entre 2 kil. et 2 kil. 1/2. Tantôt la glande présente à sa surface un certain nombre de grosses tumeurs et de plus petites irrégulièrement disséminées, tantôt les tumeurs sont toutes de petit volume, ne dépassant pas celui d'une noisette, et il en résulte une apparence rappelant beaucoup celle du foie clouté. Il arrive assez fréquemment qu'une portion tout entière de la glande hépatique, le lobe gauche par exemple, est entièrement indemne et, dans certains cas, il n'y a même qu'une ou deux grosses tumeurs, bien que les éléments cellulaires, ainsi que nous le verrons plus loin, puissent être regardés comme malades dans une grande partie du foie. Les nodosités de la surface ne présentent pas de dépression centrale ; elles sont fermes, mais se ramollissent quand elles sont anciennes.

Tandis que l'envahissement des ganglions lymphatiques est rare, il n'en est pas de même de celui des vaisseaux. Le plus souvent, la veine porte seule présente la thrombose cancéreuse caractéristique, quelquefois les veines sus-hépatiques seules, quelquefois enfin les deux ordres de veines du foie. Les bouchons cancéreux gris, jaunâtres ou jaune d'or peuvent remonter, d'une part, jusque dans la veine cave inférieure ; de l'autre, envahir jusqu'aux branches d'origine de la veine porte. Par suite de cette oblitération veineuse, plus ou moins complète, par suite aussi de la fréquence de la périhépatite, l'ascite n'est pas rare et elle s'accompagne parfois du développement veineux sous-cutané de la circulation complémentaire. Tantôt la rate est hypertrophiée, tantôt au contraire elle est dure et sclérosée.

Au microscope, on constate que les tumeurs sont formées par un *épithéliome trabéculaire*, que l'on pourrait encore dénommer (Hanot et Gilbert) *cylindrome, épithéliome tubulé* ou *épithéliome acineux.* La tumeur est constituée par des travées et un stroma. Les travées, divisées et anastomosées, se distinguent du tissu hépatique normal par leur volume, leurs ondulations et la coloration rosée qu'elles prennent lorsque l'on fait agir sur elles le picro-carmin. Elles sont pleines ou canaliculées, les deux variétés pouvant exister presque à l'exclusion l'une de l'autre, ou au coutraire être à peu près également réparties dans une même nodosité ; les canalicules, souvent dilatés par places, contiennent fréquemment des débris épithéliaux ou des moules biliaires. Les éléments cellulaires sont lamel-

laires, cubiques ou cylindriques quand il y a un canalicule, polyédriques dans les travées pleines ; leur diamètre, souvent inférieur à celui des cellules hépatiques, devient parfois énorme. Les noyaux, gigantesques dans quelques cellules, se multiplient beaucoup en certains points, de telle sorte qu'un seul élément peut arriver à en renfermer plusieurs centaines.

La disposition trabéculaire spéciale des cellules se voit surtout dans les nodosités jeunes ; quand elles sont anciennes, il arrive fréquemment qu'elle disparaît soit par un véritable éclatement qui donne naissance à un *épithéliome diffus*, soit par envahissement du tissu conjonctif, ce qui produit un *épithéliome trabéculo-alvéolaire.*

Les caractères micro-chimiques des cellules des tumeurs sont plus ou moins rapprochés de ceux des cellules hépatiques saines, et, ainsi que le font remarquer Hanot et Gilbert, il est probable que les propriétés physiologiques varient selon les cas. La présence de moules biliaires dans les canalicules peut faire conclure, par exemple, à la conservation au moins partielle de la fonction.

Si, dans les nodosités récentes, la continuité des trabécules hépatiques avec celles de la néoplasie se voit facilement, il n'en est pas de même dans les tumeurs anciennes dont nous avons décrit plus haut l'enkystement d'après Sabourin. La coque fibreuse qui se forme résulte, en réalité, non d'une transformation des cellules hépatiques, mais de l'accollement des parois capillaires doublées d'un tissu conjonctif plus ou moins sclérosé.

Dans l'épithéliome trabéculaire, le stroma n'est constitué que par la paroi des capillaires plus ou moins augmentée d'épaisseur par la sclérose du tissu périvasculaire. Il s'ensuit que les nodosités sont molles, il s'ensuit aussi qu'elles ne présentent pas, quand elles siègent à la surface du foie, de dépression cupuliforme, car cette dernière, dans le carcinome à structure alvéolaire, se produit par suite de l'épaississement et de la rétraction du stroma.

Les nodosités ne « répondent qu'à un maximum des lésions. Les noyaux cellulaires (dans le foie tout entier) sont souvent volumineux, multipliés, vivement colorés par le carmin, et pourvus de nucléoles plus visibles qu'à l'état normal ». Par places, on rencontre de petits foyers d'hépatite parenchymateuse nodulaire de Kelsch et Kiener.

De même que les cellules sont à peu près partout atteintes, de même le tissu conjonctif est le siège de lésions généralisées. La cirrhose affecte presque toujours le type annulaire, et nous n'avons pas à insister sur sa description, les lésions du tissu conjonctif n'offrant rien de spécial.

Nous avons déjà parlé de l'envahissement des veines. Tantôt les cellules y prennent la disposition de l'épithéliome cylindrique, tantôt elles sont disposées sans ordre, tantôt enfin elles reproduisent les travées caractéristiques des tumeurs de la glande.

Ces bourgeons vasculaires sont l'origine soit d'une production secondaire de nodosités dans le foie, soit de greffes à distance. C'est ainsi que les poumons et les plèvres sont parfois envahis. Les tumeurs secondaires revêtent souvent la disposition alvéolaire.

Il résulte de la description histologique ci-dessus que l'épithéliome trabéculaire naît des cellules hépatiques ; comme les autres variétés de cancer primitif du foie, c'est un *épithéliome parenchymateux*. Quant à la disposition trabéculaire, elle est sous la dépendance des modifications du tissu

conjonctif péricapillaire et existe quand la sclérose manque ou ne dissocie pas les travées; dans le cas contraire, le cancer devient alvéolaire.

MM. Hanot et Gilbert sont assez partisans de l'opinion déjà ancienne (Portal, Broussais) qui rattache le cancer aux processus inflammatoires. Cependant, ils reconnaissent les ressemblances qui existent entre la tuberculose ou l'actinomycose, par exemple, et le cancer. Peut-être donc s'agit-il d'une maladie parasitaire.

IV

Les symptômes du cancer du foie avec cirrhose rappellent à la fois ceux du cancer et ceux de la cirrhose.

Au début, il y a surtout des troubles digestifs. Le malade perd l'appétit, a du dégoût pour la viande et les graisses, digère mal, a parfois des vomissements. En même temps, l'état général s'altère rapidement; on constate la perte précoce des forces, un amaigrissement qui s'accroît rapidement. Bientôt l'ascite apparaît et, s'il y a en même temps des épistaxis, on pense forcément à une cirrhose.

A la période d'état, tantôt le foie est rétracté sous la paroi costale, tantôt il garde son volume normal, tantôt il est augmenté de volume et, dans ce cas, on peut, par une palpation attentive, sentir que sa surface est inégale et bosselée.

Il faut remarquer la fréquence de l'ictère; plus ou moins accentué, précoce ou tardif, il existe presque toujours.

En même temps, les troubles digestifs s'accusent, l'anorexie devient invincible, le malade se plaint de gêne ou de douleurs dans l'hypochondre droit et les douleurs s'accompagnent d'irradiations scapulaires.

Quelquefois les urines sont albumineuses. D'après Tissier (Th. de Paris, 1889 ; *Essai sur la pathologie de la sécrétion biliaire)*, à côté des pigments normaux et des pigments modifiés, on trouve constamment dans l'urine une quantité considérable d'urobiline. Cela indique, comme on le sait depuis les travaux du professeur Hayem, une altération profonde du foie.

Les accidents du cancer avec cirrhose progressent rapidement. L'ascite devient considérable et nécessite la ponction; il y a des hydropisies cachectiques; enfin, le malade meurt dans le marasme après avoir présenté parfois de l'hyperthermie.

D'après MM. Hanot et Gilbert, la durée totale de la maladie est comprise entre cinq semaines et seize mois; elle est, en moyenne, de deux à quatre mois.

Le diagnostic du cancer avec cirrhose est souvent assez difficile. Dans certains cas, il y a une hypertrophie assez considérable du foie qui dépasse notablement les fausses côtes; à la palpation, on lui trouve une surface dure, inégale, parfois nettement mamelonnée; on porte alors naturellement le diagnostic de cancer primitif ou secondaire avec complication d'ascite, ce qui est encore assez fréquent. Cependant, « il sera bon de faire des réserves en faveur de la possibilité de l'existence du cancer avec cirrhose, chaque fois qu'avec une hypertrophie noueuse du foie on verra coïncider une ascite considérable accompagnée de la dilatation des veines abdominales sous-cutanées, la rate étant petite ou volumineuse ». Dans une autre catégorie de faits, le foie est petit, atrophié; il disparaît derrière les fausses côtes et la percussion montre qu'il est manifestement diminué de volume. Il est évident qu'alors le diagnostic de cirrhose atrophique est à peu près

forcé. Cependant, il y a un certain nombre de signes distinctifs sur lesquels on pourra s'appuyer pour rejeter cette hypothèse : ce sont l'ictère, l'amaigrissement et le dépérissement précoces, la marche rapide de la maladie. Quand l'ictère fait défaut, on sera entraîné à diagnostiquer une cirrhose atrophique à marche rapide.

La forme de cancer hépatique que nous venons d'étudier n'a pas plus de traitement curatif que les autres. On se bornera donc à une médication palliative. Le régime lacté formera la base de l'alimentation, l'antisepsie intestinale réduira au minimum les poisons qui pourraient arriver au foie, le chloral et l'opium sous toutes ses formes combattront les douleurs. Il est ndiqué de ponctionner l'ascite lorsque, par la gêne mécanique qu'elle occasionne, elle aggrave notablement la situation du malade.

P. Rodais.

BIBLIOTHÈQUE

Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin, par Paul Dumoret, ancien interne des hôpitaux (1).

A l'instigation de son maître, M. Terrier, M. Dumoret a consacré sa thèse inaugurale à un nouveau mode de traitement chirurgical de la chute de l'utérus. Ce travail ne se borne pas à la description de la nouvelle opération qu'il préconise, mais constitue une étude critique complète sur la thérapeutique chirurgicale contemporaine du prolapsus utérin.

Cette monographie se divise en cinq chapitres précédés d'une courte introduction : 1° *Historique;* 2° *Procédés opératoires;* 3° *Indications et contre-indications de l'opération;* 4° *Parallèle avec les autres méthodes et, en particulier, avec l'Alexander;* 5° *Suites opératoires. — Statistique. — Pronostic.* Puis suivent les observations, les conclusions et l'index bibliographique très complet.

Dans l'introduction, l'auteur passe rapidement en revue la plupart des procédés préconisés pour la chute de l'utérus. De ce décompte, dit-il, on ne peut conclure qu'à leur impuissance.

Il établit ensuite que ce sont les saines doctrines de la chirurgie moderne qui ont fait entrer dans une nouvelle voie le traitement chirurgical du prolapsus utérin.

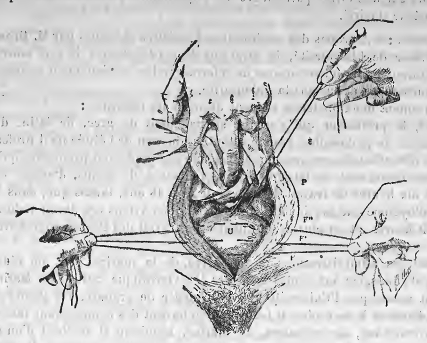
Dans un premier chapitre, M. Dumoret discute la synonymie de la fixation de l'utérus à la paroi abdominale. Il adopte le mot hystéropexie (de ὑστερον matrice et πηξις fixation), créé par son maître M. le professeur Trélat; mais désirant indiquer le point précis de la fixation, il le fait précéder du terme laparo : d'où l'expression *laparo-hystéropexie.* L'historique de ce point de médecine opératoire est pauvre en documents : revues de MM. Verchère et Pozzi, mémoire de M. Terrier, on chercherait en vain ailleurs dans la littérature médicale française. L'ancien interne du chirurgien de Bichat attache une grande importance à la division de la *laparo-hystéropexie* en *fortuite* et *voulue.*

Le second chapitre est le *clou* du travail, c'est le chapitre du manuel opératoire. Grande distinction : l'un *procédé extra-péritonéal,* l'autre *procédé intra-péritonéal.* Description minutieuse des précautions præ-opératoires employées et préconisées par M. Terrier dans son service de l'hôpital Bichat.

Il nous initie successivement aux méthodes adoptées par F. Terrier, Olshausen, Léopold, Czerny, John Philipps. Il opte en faveur du procédé de M. Terrier, qui est personnel à son maître et qu'il regarde comme supérieur à tous. Des figures explicatives, au nombre de huit, rendent plus saisissante la description technique. Il y est question de

(1) *Thèse de Paris 1889,* gr. in-8° raisin de 173 pages, avec 8 figures dans le texte. Lecrosnier et Babé.

la substance à employer comme fils fixateurs, de ce que devient la vessie et des précautions post-opératoires.



Au troisième chapitre, intitulé : *Indications et contre-indications opératoires*, prennent place les opinions des gynécologues les plus compétents. Nous relevons les noms souvent cités de nos maîtres MM. Trélat, Terrier, Richelot, Segond. Pour l'auteur, il faut intervenir de bonne heure si l'on veut éviter les mécomptes créés par les lésions des annexes. La question de la grossesse est agitée comme contre-indication spéciale.

Le quatrième chapitre traite du *Parallèle avec les autres méthodes et en particulier avec l'Alexander*. Nous y lisons les noms de MM. Richelot, Kelly, Sænger, Seigfert, Muller, Freund, Péan, Schucking, Canova, etc. L'Alexander est loin d'être recommandé par l'auteur qui, en cela, est d'accord avec presque tous ; il admet parfaitement l'hystérectomie vaginale dans des cas bien déterminés et tout à fait spéciaux. Il se déclare l'adversaire du pessaire qui ne peut rien contre l'affection (prolapsus utérin), il le considére comme un instrument malpropre.

Il dresse le bilan des laparo-hystéropexies. Il en existe 25 cas pour prolapsus ; ils se décomposent ainsi : 14 complémentaires, 11 de propos délibéré. Sur les 11 premiers, 8 succès, 2 récidives, une mort. L'auteur conclut en faveur de l'hystéropexie, qu'il estime une opération sérieuse mais non grave et, pour lui, cette opération répond au but que doit chercher le chirurgien : la cure radicale. Il relate à la fin de son travail les 25 observations, plusieurs étrangères, quelques-unes inédites ; toutes ont été consignées et traduites *in extenso*. L'index bibliographique paraît avoir été l'objet d'une sollicitude toute particulière. Telle est, à grands traits, cette monographie qui a le mérite d'aborder un sujet neuf et à peine connu.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 janvier. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Ch. Monod et Richelot, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur A. Paulier, sur une nouvelle méthode de déplissement des circonvolutions cérébrales;

3° Un travail sur l'influenza et la dengue, par M. le docteur Rouvier;

4° Une note sur une forme particulière de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, par M. le docteur Queirel.

— M. LAGNEAU : « A propos des améliorations scolaires obtenues par M. Brouardel du Conseil supérieur de l'Université, je dirai que depuis longtemps je suis convaincu du désir de nombreux hauts universitaires de réformer notre enseignement secondaire pour prévenir le surmenage et surtout la sédentarité.

Malheureusement deux obstacles rendent difficiles les réformes :

D'une part, le professeur qui s'occupe spécialement de grec, de latin, d'histoire, de rhétorique ou de philosophie, résiste à toute réduction de l'étude qu'il professe. C'est ce défaut de réduction du programme de chacune des études en particulier qui a obligé le Conseil supérieur, tout en faisant certaine réduction de temps, d'exiger encore de huit heures à dix heures de travail des élèves de 11 à 18 ans, tandis que, dans la sous-commission d'hygiène que présidait M. Brouardel, nous avions cru devoir réduire à sept heures, à huit heures, et au plus à neuf heures, le travail des élèves progressivement de 11 à 18 ans.

D'autre part, les administrations de la guerre, de la marine, etc., qui rédigent les programmes d'admission aux écoles spéciales (Polytechnique, Saint-Cyr, Marine, etc.), ne consultent même pas l'Université, qui est chargée de préparer les jeunes gens aux concours d'admission à ces écoles. Il faut que dorénavant des commissions mixtes, composées d'universitaires, de militaires, de marins, réduisent et arrêtent d'un commun accord les programmes d'admission, et facilitent l'instruction militaire de nos grands lycéens. »

M. BROUARDEL fait remarquer que l'Université donne un exemple remarquable en se réformant elle-même.

— M. PÉAN présente une malade à laquelle on a dû enlever en plusieurs opérations tous les os maxillaires, les malaires et une portion des sphénoïdes pour des *ostéo-fibromes* consécutifs à des hétérotopies dentaires.

Il pose les conclusions suivantes :

1° L'ablation totale du squelette osseux de la face peut être faite avec succès;

2° Elle est indiquée dans le cas d'ostéo-fibromes consécutifs à des hétérotopies dentaires, quand ces néoplasmes occupent simultanément les trois maxillaires;

3° En pareil cas, elle peut être suivie d'une guérison durable;

4° La déformation et les troubles fonctionnels qu'elle occasionne peuvent être corrigés par la prothèse.

— M. BERGER présente une petite fille de 8 mois qu'il a opérée d'une *encéphalocèle occipitale* par le procédé de M. Périer. La guérison a été complète et, du reste, l'extirpation faite avec les précautions antiseptiques est le seul traitement qui convienne à ces tumeurs.

— M. LANCEREAUX continue la discussion sur la *prophylaxie de la tuberculose.* Il faut bien connaître les causes de la maladie. Les mesures proposées par la commission pour détruire le bacille sont insuffisantes, parce que le bacille n'est pas toujours facile à saisir et, d'ailleurs, il n'est pas tout dans le développement de la tuberculose.

La prédisposition individuelle est plus importante encore. Ce sont donc les causes prédisposantes que l'on a intérêt à connaître; c'est vers elles que tous les efforts doivent tendre et l'on doit chercher à supprimer, dans la mesure du possible, ces causes prédisposantes.

Parmi ces dernières l'encombrement, la mauvaise aération et les excès de boissons alcooliques paraissent à M. Lancereaux être les plus importantes.

Les peuples vivant à l'état sauvage ne sont pas phthisiques; la phthisie apparaît quand arrive la civilisation. La fréquence de la maladie dans les prisons et les casernes est bien connue. Le singe que l'on force à vivre dans une ménagerie a une mortalité considérable. C'est aussi l'histoire des jeunes Fuégiens dont a parlé M. Cornil, et l'épidémie qu'a relatée M. Marfan peut encore servir d'exemple.

Des observations journalières, faites dans son service hospitalier, ont, depuis longtemps, conduit M. Lancereaux à reconnaître et à enseigner que la phthisie est relativement fréquente chez les jeunes personnes, et principalement chez les jeunes filles qui quittent tout à coup la vie active de la campagne pour l'existence sédentaire d'une grande ville. Ce fait, d'ailleurs, est entièrement conforme à la statistique de la ville de Paris, où nous trouvons que les deux tiers environ des personnes mortes de la phthisie sont de la province.

Les mesures prophylactiques que réclame la Commission ne sont pas entièrement applicables à l'homme.

Les observations, au nombre de 2,000, que depuis trente ans M. Lancereaux a recueillies dans les hôpitaux, lui ont appris que, parmi les personnes qui y entrent pour se faire soigner de la tuberculose, 1,122 exercent des professions sédentaires ou travaillent dans des ateliers trop peu vastes, ou sont logées dans des chambres petites et peu aérées.

Ainsi l'étude de la tuberculose apprend qu'il existe une relation entre cette maladie et l'aération et que l'insuffisance de celle-ci prédispose l'organisme à l'action du bacille de Koch. En ce qui concerne la contagion tuberculeuse, l'orateur en est arrivé à douter non pas de l'existence, mais de la fréquence de la contamination, bien qu'il n'ait jamais manqué d'interroger sur ce point les nombreux phthisiques qu'il a eus à soigner depuis l'année 1869. Il n'a pu recueillir en effet que vingt-trois cas qui portent à croire à la contagion; sur ce nombre, dix fois le mari paraît avoir contaminé sa femme, tandis que celle-ci aurait contaminé son mari onze fois et son enfant deux fois.

Les excès de boissons alcooliques sont aussi une cause prédisposante très puissante, et l'abus de ces boissons a de l'influence sur la forme de la tuberculose.

Si grande que soit la propreté, elle ne réussira pas à faire disparaître complètement le bacille de Koch.

Les grandes assemblées politiques peuvent seules, par des lois réglant l'assainissement, apporter un remède efficace au mal.

Certes, nous pouvons instruire le public sur les dangers que lui fait courir la tuberculose et sur les moyens qu'il doit employer pour les éviter, mais on conviendra avec moi que, dans notre état de civilisation, l'administration supérieure seule est à même de prendre contre cette maladie des mesures réellement efficaces, et de nous en débarrasser un jour ou l'autre.

M. Jaccoud fait d'abord remarquer que, il y a 9 ans, plusieurs mois avant la découverte de Koch, il a exposé dans ses leçons des faits démontrant la transmission de la tuberculose par l'inoculation, par le lait provenant d'animaux tuberculeux, par les crachats. Il s'est attaché en même temps à formuler des indications prophylactiques; il a insisté sur la nécessité de recueillir les crachats dans des vases pleins d'eau, de désinfecter les linges et la literie. A cette époque, il a dit aussi que quand dans un ménage un des époux était tuberculeux, il ne devait plus y avoir de cohabitation dans la même chambre, que les parents tuberculeux devraient éviter d'embrasser leurs petits enfants sur la bouche. Enfin, il a demandé que l'on surveillât avec soin les animaux qui fournissent le lait.

M. Jaccoud est donc de longue date partisan de la transmissibilité de la tuberculose, partisan de mesures prophylactiques. Cependant il ne votera pas les conclusions de la commission, et cette résolution pouvant sembler en contradiction avec ce qu'il vient de dire, l'orateur demande d'abord à l'Académie la permission de faire l'historique de la question.

En 1882, a eu lieu la découverte de Koch, qui a donné en même temps des conseils semblables à ceux de M. Jaccoud pour la protection des individus sains. En cette même année 1882, le département de la guerre à Berlin a recommandé aux médecins militaires la désinfection des crachats et le renvoi des hommes suspects de tuberculose.

En 1883, Baer est revenu sur les mêmes points et la question a, de plus, été posée au Congrès de médecine interne de Berlin.

Elle a été traitée au même Congrès dans la session de 1884 et le rapporteur a tracé

les règles de prophylaxie sur l'existence de la contagion. D'autres recherches, publiées à la même époque, insistent sur la persistance de la vitalité des microbes dans les linges, sur la durée de cette vitalité quand il y a ou non putréfaction (dans ce dernier cas, elle atteint 180 jours), sur la nécessité de désinfecter l'expectoration.

En 1884, Koch a repris tous ces faits et montré l'importance du dessèchement des crachats pour la dissémination de la maladie.

M. Jaccoud passe successivement en revue les travaux du même genre publiés en 1885, 1886 et dans les années suivantes et termine par l'exposé de ceux de Cornet, pour qui l'air est surtout à craindre puisqu'il introduit et dépose en nous les germes nuisibles.

La commission demande à l'Académie d'approuver officiellement un certain nombre de propositions relatives à l'étiologie et à la transmissibilité de la tuberculose, de publier une instruction populaire destinée à apprendre au public la manière de se préserver de la maladie.

M. Jaccoud insiste sur ce point que, depuis l'époque où il a formulé les règles prophylactiques, les faits se sont multipliés tellement, on les a tellement étudiés que ce sont là des vérités devenues banales. Aussi l'auteur se demande-t-il s'il convient à la dignité de l'Académie d'intervenir dans un débat qui n'en est plus un. Pour sa part, il ne le croit pas et n'est pas partisan du « Mieux vaut tard que jamais. » C'est à la tribune de l'Académie que Villemin a pris la parole pour faire connaître ses si remarquables expériences sur l'inoculabilité de la tuberculose; il n'est pas possible de venir à la même place, sur ce sujet où l'Académie a marché en tête des corps savants, émettre des idées de connaissance vulgaire. On ne doit pas pouvoir appeler l'Académie « ouvrier de la treizième heure. ».

M. Jaccoud a encore un autre motif pour refuser de voter les conclusions de la commission. Il croit qu'elles porteront le public à s'exagérer le danger. On ne pensera pas à la nécessité de la prédisposition pour que la contagion puisse s'effectuer, et on fuira le phthisique comme la peste.

Quant aux mesures prophylactiques, il faut pour que l'on songe à les appliquer, que le diagnostic soit fait; il faut donc qu'il y ait intervention du médecin, et ce dernier est suffisant pour donner les indications nécessaires. Les mesures conseillées visent les crachats, le lait et les viandes des animaux suspects; M. Jaccoud les a préconisées dès 1880 et ce sont là des idées parfaitement connues de tous. Il n'y a plus qu'une seule question non encore résolue dans cet ordre d'idées : c'est l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux, et les résolutions proposées par la commission n'en parlent pas.

M. Jaccoud demande en terminant que l'Académie résolve avant tout ce point : à savoir, si elle consent à publier des conclusions sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose.

Après ce discours, écouté avec la plus grande attention et dont la péroraison a été saluée par de nombreux applaudissements, M. Le Roy de Méricourt déclare qu'il votera comme M. Jaccoud, et M. Hardy conclut dans le même sens; il fait remarquer que les membres de l'Académie ont la même opinion sur les faits, mais diffèrent sur l'opportunité ou la non-opportunité de la publication des conclusions de la commission; il demande que l'Académie décide d'abord si, avant d'aller plus loin, elle ne doit pas passer à l'ordre du jour.

M. Trélat insiste en commençant sur ce point qu'une des causes qui ont fait écouter M. Jaccoud avec tant d'attention, c'est que les faits qu'il a cités et qu'il connaît si bien sont bien moins familiers à la plupart des membres de l'Académie.

M. Jaccoud a proposé d'abandonner au conseil d'hygiène la rédaction d'instructions prophylactiques semblables à celle que l'on propose au vote de l'Académie. Mais M. Trélat, M. Dujardin-Beaumetz, d'autres membres encore de l'Académie, font partie du Conseil de salubrité de la Seine qui en a rédigé et fait afficher, et cependant M. G. Sée a déclaré, dans une des dernières séances, qu'il ne les connaissait pas.

La publicité ne peut effrayer les populations puisqu'il ne s'agit que de celle du *Bulletin*. L'Académie est une Société de médecine et non une Société savante au sens rigou-

reux du mot, et ne peut se déshonorer en votant des faits démontrés. Si l'Académie n'aboutit pas dans cette discussion, les grandes administrations se désintéresseront encore plus de la santé de leurs employés.

M. Verneuil n'a jamais entendu dire à des collègues que citer les conclusions de leur travail serait déshonorer l'Académie. Il proteste contre l'outrage que l'on veut faire subir à la Commission.

MM. Hardy et Jaccoud protestent contre l'interprétation donnée à leurs paroles.

Sur la proposition de M. le baron Larrey, la suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Etat du poumon précurseur des complications pulmonaires grippales. — Méningite consécutive à un érysipèle de la face.*

M. Ferrand a constaté chez des sujets atteints de la grippe un état particulier du poumon qui lui paraît précéder les complications pulmonaires. C'est une diminution notable du murmure respiratoire qui occupe un ou plusieurs lobes, quelquefois un poumon entier, et qui s'accompagne d'une augmentation de l'intensité des vibrations avec submatité assez nette.

Ces signes font admettre une sorte de congestion ou d'atélectasie du parenchyme pulmonaire qui tantôt se résout et tantôt passe à l'état pneumonique. Ils ont été trouvés pendant trois jours chez une jeune fille qui avait eu quarante-huit heures auparavant les signes d'une grippe gastro-intestinale vulgaire et qui ne présentait aucun symptôme de nature à attirer l'attention sur l'appareil respiratoire.

Chez une femme de 84 ans, les mêmes signes de congestion furent observés seuls pendant deux jours, puis survint du même côté une pneumonie mortelle.

Sur la proposition de M. Cadet de Gassicourt, la Société décide que la discussion sur les particularités de l'épidémie de grippe actuelle sera remise à une séance spéciale.

— M. Du Cazal a eu dans son service, au Val-de-Grâce, un garde de Paris atteint d'un érysipèle de la face, ayant eu pour point de départ une excoriation du nez. L'érysipèle guérit, mais il survint un abcès de l'angle interne de l'œil, qui fut ouvert sans incident. Le lendemain matin, le malade était trouvé malade dans son lit.

L'autopsie révéla une méningite très intense de la base de l'encéphale et il fut facile de constater que la suppuration avait successivement envahi le tissu cellulaire de l'orbite, suivi le nerf optique et pénétré dans les méninges par cette voie.

Ce fait a paru intéressant : 1° parce que la terminaison d'un érysipèle *de la face* par méningite est fort rare; 2° parce qu'il prouve qu'une méningite peut évoluer de la façon la plus insidieuse, ce malade n'ayant eu aucun symptôme méningitique; 3° enfin, parce qu'on a pu suivre aussi nettement que dans une expérience de laboratoire les connexions intimes de la marche du streptocoque et de la marche de la méningite.

M. Hervieux soulève la question de savoir si la méningite n'aurait pas plutôt précédé l'érysipèle, les suppurations internes pouvant donner lieu à des érysipèles.

M. Du Cazal répond que cette interprétation est inadmissible ; on a vu évoluer très nettement et successivement un érysipèle, un phlegmon de l'orbite, et on trouva ensuite la méningite à l'autopsie. L'érysipèle avait été d'une étendue ordinaire, et la température n'avait rien d'excessif.

M. Richard fait observer que, dans la méningite cérébro-spinale, les lésions suivent souvent une marche inverse à celle qu'a relevée M. Du Cazal dans le cas rapporté par lui. — P. L. G.

Thèses pour le doctorat en médecine présentées et soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de novembre et décembre 1889.

Morard (Louis) : Etude sur la lactose. — Chambaud (Emile) : La fièvre typhoïde dans l'armée de Lyon. — Loison (Eugène) : Nouvelle méthode de traitement des fractures du corps du fémur chez les enfants. — Meiffret (Louis) : Considérations sur l'énucléation de l'œil. — Vacher (Auguste-Jean) : De l'inflammation périombilicale dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant. — Glanchard (Albert) : Essai critique sur la physiologie pathologique et le traitement abortif de la syphilis primaire. — Givre (Pierre) : De la tuberculose chez les ouvriers en soie. — Mollard (Joseph) : De la myocardite segmentaire essentielle et principalement de la forme sénile de cette affection. — Sigaud (Claude) : De l'échomatisme, essai de pathogénie psycho-physiologique. — Adenot (E.) : Des méningites microbiennes. — Chaintre (Armand) : Adaption fonctionnelle des muscles et des tendons à la suite des résections. — Michel (Auguste) : Traitement chirurgical des polyadénites chroniques de la région cervicale. — Rey (Louis) : Contribution à l'étude de la saccharine ou sucre de houille (thèse présentée pour obtenir le grade de pharmacien de 1re classe.

COURRIER

Dixième Congrès médical international. — Conformément aux résolutions du neuvième Congrès tenu à Washington, le dixième Congrès médical international aura lieu à Berlin du 4 au 9 août 1890.

Une Exposition internationale des sciences médicales sera annexée au Congrès.

La cotisation des membres est fixée à 20 marks payables au moment de l'inscription.

Les langues officielles pour toutes les sections sont l'allemand, l'anglais et le français.

Le Congrès comptera dix-huit sections : 1. Anatomie, gérant Hertwig; 2. Physiologie et chimie physiologique, gérant Du Bois-Reymond; 3. Pathologie générale et anatomie pathologique, gérant Virchow; 4. Pharmacologie, gérant Liebreich; 5. Médecine interne, gérant Leyden; 6. Pædiatrie, gérant Henoch; 7. Chirurgie, gérant Bergmann; 8. Obstétrique et gynécologie, gérant Martin; 9. Névrologie et psychiatrie, gérant Læhr; 10. Ophthalmologie, gérant Schwergger; 11. Otiatrie, gérant Lucae; 12. Laryngologie et rhinologie, gérant Frænkel; 13. Dermatologie et syphiligraphie, gérant Lassar; 14. Odontologie, gérant Busch; 15. Hygiène, gérant Pistor; 16. Géographie médicale et climatologie (histoire et statistique), gérant Hirsch; 17. Médecine légale, gérant Liman; 18. Hygiène militaire, gérant Krocker.

Toutes les demandes et communications doivent être adressées au secrétaire général, docteur Lassar, Berlin, nw, 19, Karlstrasse.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki recommenceront le lundi 27 janvier un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles; il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

TRIBROMURE GIGON. — Epilepsie, Hystérie, Névroses.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La discussion sur la tuberculose, dont la longueur, suivant l'expression d'un des membres de l'Académie, fait le vide sur ses bancs, commence à énerver les académiciens eux-mêmes. A propos de quelques phrases de M. Jaccoud, dont le discours a résumé parfaitement les progrès de la question à l'étranger depuis 1880, la discorde a failli pénétrer dans l'enceinte scientifique.

M. Jaccoud est d'accord avec la commission sur tous les points, sauf l'opportunité de leur donner la sanction de l'Académie.

« Les faits étiologiques avancés par la commission sont démontrés depuis longtemps; ce sont des vérités banales; les mesures prophylactiques qui en découlent ont été énoncées à diverses reprises en France et en Allemagne; cette déclaration rétrospective partant de l'Académie peut compromettre sa dignité... les prescriptions de cet ordre ressortissent aux Conseils d'hygiène et de salubrité, mais non plus à l'Académie de médecine; le public d'ailleurs n'a que faire de ces instructions, qu'il ne comprendrait pas; c'est aux médecins qu'il importe de les adresser, car ce sont eux qui auront la tâche de les appliquer auprès de leurs malades. Enfin, il n'y a

FEUILLETON

CAUSERIE

On a dit et répété bien des fois, à tort ou à raison, que la magistrature n'était pas animée de sentiments très bienveillants à l'égard du corps médical. Plusieurs faits qui viennent de se passer semblent donner raison à cette opinion.

Cependant, me direz-vous, les magistrats sont des hommes comme les autres et exposés à avoir besoin d'un médecin. Pourquoi donc cette sorte d'animosité à notre égard?

Ceci me rappelle une anecdote que nous racontait un jour un de nos anciens maîtres, au chevet d'un malade atteint de fièvre intermittente. C'était à Strasbourg, à l'époque où existait là une Faculté française de médecine. Les étudiants aimaient à passer du tabac en contrebande. De Kehl à Strasbourg, c'était si facile! Un jour deux d'entre eux, les poches pleines, sont pincés par les gabelous. Ceux-ci veulent saisir tout, dresser procès-verbal, conduire en prison..... Mais l'un des étudiants dit au plus furieux : « Allons, allons, ne vous fâchez pas ; vous êtes toujours dans les marais; un de ces jours vous aurez les fièvres, et vous viendrez à l'hôpital... nous nous y retrouverons... On ne vous laissera pas mourir, bien sûr; mais enfin, vous savez, on soigne toujours mieux ses amis....

qu'une seule question qui soit vraiment digne d'un débat et d'une instruction académiques, c'est la question de la séparation des phthisiques dans les établissements hospitaliers, et cette question, justement, ne figure pas au programme. »

Tel est le sens des arguments développés par M. Jaccoud; MM. Le Roy de Méricourt et Hardy ont abondé dans le même sens.

L'un des membres de la commission, qui a contribué plus que tout autre au mouvement de vulgarisation relatif à la prophylaxie de la tuberculose qui se produit en ce moment, M. Verneuil, s'est trouvé blessé de cette déclaration, qui tendait à considérer le travail de la commission comme banal et capable d'attenter à la dignité de l'Académie; c'est un « véritable affront pour la commission », contre lequel il a voulu protester en refusant de prononcer le discours qu'il avait préparé pour répondre aux objections scientifiques faites dans les séances précédentes et en demandant à l'Académie de voter immédiatement l'ordre du jour présenté par M. Hardy, c'est-à-dire l'enterrement du travail de la commission.

Cependant il y aurait bien des choses à répondre à M. Jaccoud, et M. Trélat n'a pas manqué de le faire remarquer.

De ce que M. Jaccoud connaît admirablement tout ce qui touche à l'étiologie et à la prophylaxie de la tuberculose, il ne s'ensuit pas que tout le monde possède les mêmes connaissances, car tout le monde, probablement, n'a pas lu les leçons qu'il a professées et publiées sur ce sujet. De plus, quelle sanction pratique ont-elles eue en France? Aucune; il est donc utile, et non banal, de rappeler l'attention sur ces questions.

L'action des Conseils d'hygiène a été bien nulle jusqu'alors à ce sujet, car la question qui s'agite en ce moment à l'Académie y a été longuement discutée, et le résultat a été tel que même certains professeurs de la Faculté n'en ont pas même entendu parler. Il n'y a donc pas de déshonneur pour l'Académie à approuver par un vote des faits démontrés par des savants, fût-ce depuis dix ans. Enfin, si l'Académie désapprouve le travail de sa commission, ce sera renvoyer aux calendes grecques la mise en œuvre des

---

L'autre, attendri par ces considérations, s'efface pour laisser passer les étudiants et leur dit avec un soupir : « Eh bien, messieurs, jetez un petit paquet ».

Qu'ont dû penser les magistrats qui viennent d'être *influenzés* quand ils ont vu à leur chevet les médecins? Quelle belle occasion avaient ceux-ci de leur dire : « Eh, cher monsieur, direz-vous encore du mal des médecins? les condamnerez-vous encore à 6 francs d'amende s'ils se refusent à faire une autopsie quand vous le jugerez convenable?... Tirez la langue... Hum... Prenez garde de vous la mordre... Un bon émétique...

Plaisanterie à part, ce qui se passe entre juges et médecins demande quelques réformes ; nous en avons déjà parlé à propos des médecins de Rodez; mais voici qu'un fait analogue vient de se produire dans le département du Rhône. Le docteur Grabinski (de Neuville-sur-Saône) est requis pour pratiquer l'autopsie d'un cadavre retiré de la rivière; il refuse, alléguant, comme ses confrères de Rodez, que les honoraires alloués étaient dérisoires; il est traduit devant le tribunal de simple police et condamné également à 6 francs d'amende.

Un des considérants du jugement m'a plongé dans de profonds étonnements.

« Attendu, dit-il, qu'il est au moins étrange de voir des médecins ayant des droits exclusifs à eux conférés par le législateur de leur pays de faire de la médecine, se refuser à aider la justice dans ses investigations quand il s'agit des intérêts de ce même pays... »

Mais, Monsieur le juge, qu'entendez-vous par faire de la médecine? J'entends, moi, par ce terme, soigner des malades. Or, votre malade était mort depuis longtemps, et à la place du confrère que vous avez condamné, je vous aurais répondu : « Monsieur, je suis

précautions que tout le monde demande depuis si longtemps, car les administrations ne manqueront pas de s'abriter derrière ce vote défavorable pour repousser toute mesure préventive de la tuberculose.

La publicité des instructions sera-t-elle aussi nuisible que le pense M. Jaccoud? Beaucoup de membres de l'Académie sont d'un avis contraire et l'argument a déjà été réfuté assez de fois pour que nous n'ayons pas à y revenir. Quant aux frais nécessités par cette publicité, M. Trélat dit que l'Académie ne peut les supporter; mais l'OEuvre de la tuberculose et la Société d'hygiène de l'enfance sont toutes disposées à puiser dans leurs caisses les fonds nécessaires. Ceci n'est donc pas un obstacle.

Parlons enfin de la seule question digne, d'après M. Jaccoud, d'occuper l'Académie, celle de la séparation des phthisiques dans les hôpitaux. La commission a, en effet, laissé cette lacune dans ses instructions, mais à dessein. En effet, cette question a été inscrite au programme du prochain Congrès pour l'étude de la tuberculose; la commission n'a donc pas méconnu son importance, mais, comme elle n'est encore qu'à l'étude, elle n'a pas cru devoir la mentionner dans ses instructions. Aussi bien, le public n'a guère à intervenir dans la solution de cette question; il peut prendre lui-même les précautions recommandées par la commission pour se mettre en garde contre la propagation de la tuberculose, mais l'hospitalisation des tuberculeux est du ressort de l'administration et on n'en est pas encore à la période d'application.

M. Lancereaux trouve que les précautions recommandées par la commission sont insuffisantes, mais celles qu'il réclame seront bien difficiles à mettre en pratique, car elles exigeront l'intervention de tous les pouvoirs publics; c'est le programme d'une véritable révolution sociale ; disparition de l'alcoolisme, réforme de la législation sur la construction des maisons, la largeur des rues, de façon à donner à chacun une quantité suffisante d'air pur : c'est là que doivent tendre tous les efforts.

Nous renvoyons au résumé que nous avons donné de la séance dans notre dernier numéro, pour les intéressantes communications de M. Péan

---

diplômé pour soigner des malades, et non pour faire des autopsies. Adressez-vous à qui de droit ».

Qui de droit? C'est justement le médecin légiste dont nous réclamons la confection à cor et à cri, et que nous finirons bien par obtenir, s'il plaît à la Faculté.

Mais cela n'est rien auprès de la mésaventure qui vient d'arriver à un honorable praticien de Liège, le docteur Deschamps, et qui a soulevé l'indignation de toutes les Sociétés médicales de Belgique.

Une mère conduit son enfant à l'hôpital des Anglais, où M. Deschamps a un service d'orthopédie. Notre confrère constate une forte incurvation du tibia; il déclare à la mère que le redressement peut se faire par une opération, mais que pour subir cette opération l'enfant doit séjourner à l'hôpital. La mère répond qu'avant d'accepter l'offre du médecin elle doit obtenir le consentement de la grand'mère, et quelque temps après, l'enfant est amené à l'hôpital : pendant trois semaines on le soigne, on lui donne une nourriture très substantielle, on le réconforte. Or, les parents s'impatientent et menacent de retirer leur enfant, si le chirurgien n'intervient pas. L'opération a lieu; malheureusement, quelques jours après, surviennent des accidents de gangrène qui ont entraîné depuis l'amputation du pied.

Ceci se passait au mois d'août 1887; pendant deux ans, on n'entendit parler de rien. Mais alors le père, qui jusque-là n'avait pas donné signe de vie, surgit tout à coup, poussé, paraît-il, par un confrère ennemi de l'opérateur, et intente une action à M. Deschamps, parce que *lui n'a pas donné son consentement.*

sur la résection totale des os de la face pour des odentomes; de MM. Lagneau et Brouardel sur le surmenage dans les écoles, et de M. Berger sur une encéphalocèle congénitale traitée et guérie par l'extirpation.

L.-H. P.

Note sur un cas de guérison de tétanos dit spontané.

Par le docteur Alexandre Paris, lauréat de l'Académie de médecine, Médecin de l'Asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle.

Dans la seconde quinzaine de juin 1889, un malade de mon serviee (à l'Asile d'aliénés d'Alençon), vieillard de 65 ans environ, habituellement occupé aux travaux de jardins, présentait quelques signes prodromiques du tétanos, trismus et rire sardonique, qui se dissipèrent rapidement sous l'influence d'un traitement par l'hydrate de chloral.

Je le croyais guéri, mais, le 8 juillet, de nouveaux accidents me prouvèrent que je n'avais obtenu qu'une rémission; en effet, trismus et rire sardonique m'annonçaient une nouvelle crise. Les contractures ne restèrent pas longtemps limitées aux muscles de la face et de la région cervicale; elles se généralisèrent rapidement et, peu de jours après, les muscles du thorax, des membres supérieurs, de l'abdomen et des membres inférieurs étaient tétanisés; une constipation opiniâtre indiquait qu'un retentissement se produisait aussi du côté du tube digestif.

A partir du 8 juillet, je fis prendre à mon malade de l'hydrate de chloral à la dose de grammes, bientôt élevée à 6 grammes. Comme je traitais un vieillard, de constitution rès affaiblie, je ne fus pas tenté d'aller au delà. Quelques purgatifs complétèrent le traitement.

Le 28 juillet, je n'avais encore obtenu aucune amélioration, le chloral était supprimé depuis quatre jours; mon malade se plaignait depuis quelques jours déjà de douleurs assez vives que des frictions sèches avaient pu diminuer au début, mais qu'elles n'atténuèrent bientôt plus. Les douleurs étaient surtout vives du côté des membres inférieurs auxquels on ne pouvait imprimer le moindre mouvement et qui restaient constamment droits. Je donnai à ce malheureux 3 grammes d'antipyrine; le lendemain matin, 29 juillet, je constatai une amélioration considérable. Une nouvelle dose d'antipyrine, 3 grammes, fut prise le 29 et, le 30 juillet, aucun muscle n'était convulsé, aucune douleur

---

Et le tribunal de délibérer là-dessus, et, considérant que le chirurgien a pratiqué une opération sans le consentement de la personne sous l'autorité de laquelle le malade se trouve — bien que l'enfant ait été apporté dans son service — que des accidents sont survenus après l'opération, pratiquée sur un sujet bien portant jusque-là...., condamne M. le docteur Deschamps à 10,000 francs de dommages-intérêts.

Les Sociétés médicales belges, ainsi que toute la presse médicale, ont vivement protesté contre cet arrêt qu'ils considèrent comme une atteinte portée à la dignité et à l'honorabilité du corps médical, et exprimé toute leur sympathie et leur estime à l'égard de leur confrère injustement condamné. Cette condamnation est aussi une atteinte grave aux prérogatives et aux garanties que donne le diplôme. « Si la jurisprudence de la 2e chambre du tribunal de 1re instance de Liège pouvait être admise, dit le *Scalpel*, quelle sécurité resterait-il au médecin? L'exercice consciencieux de sa profession deviendrait impossible; il serait obligé, à l'occasion, de laisser mourir ses malades de leur belle mort plutôt que d'y toucher pour leur sauver la vie. »

L'affaire viendra certainement en appel, et plusieurs Sociétés médicales ont décidé « de s'unir moralement et matériellement à la Société médico-chirurgicale de Liège pour contribuer à couvrir les frais d'appel du jugement qui, en frappant un confrère, atteint le corps médical entier. »

*
* *

Tandis qu'en Belgique on intente des procès aux chirurgiens qui n'ont pas l'heureuse

n'était accusée; le malade pouvait mouvoir ses membres, manger et la respiration était facile. Il ne restait plus que de l'embarras gastrique.

Lorsque je quittai le service, en octobre, aucune rechute ne s'était produite.

J'ai cru devoir appeler l'attention de mes confrères sur la cessation brusque des accidents à la suite d'un traitement par l'antipyrine. Y a-t-il eu une simple coïncidence ou la guérison est-elle due à l'antipyrine? — De nouveaux faits répondront.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

La grippe.

I

Tout en ce moment est à la grippe. A la Société d'ophthalmologie de Paris, M. Gorecki a signalé les *accidents ophthalmiques* dus à la maladie régnante. Chez deux malades, âgés de 50 et 37 ans, il a observé de l'asthénopie accommodative avec amblyopie très rapide, et plusieurs membres de la Société ont rapporté d'autres exemples d'accidents oculaires. C'est ainsi que M. Valude a constaté une poussée d'herpès sur le nez et les paupières, puis une paralysie du moteur oculaire externe chez le même malade, M. Chevallereau une micropsie, M. Parent de la migraine ophthalmique.

M. le docteur Lœwenberg (*Bull. méd.*, 1890, 3) a réuni un certain nombre de cas de *complications auriculaires* consistant en une otite moyenne purulente. Il y a des douleurs intenses qui tombent au moment où le tympan se perfore et un écoulement abondant de pus; la surdité est à peu près complète. Les phénomènes du côté de l'oreille sont souvent, du reste, moins accentués et tout se borne alors à des bourdonnements, de légers troubles catarrhaux, comme on en a observé parfois dans le rhume ordinaire. Si l'on est appelé dès le début de l'otite, M. Lœwenberg conseille de tenter de faire avorter l'affection en insufflant de l'air par la méthode de Politzer. Le plus souvent la maladie suit son cours et on la traitera par les douches d'air par la trompe, les lavages à l'eau boriquée tiède, les insufflations d'acide borique. Si par hasard le tympan tardait à se perforer, il ne faudrait pas hésiter à recourir à l'ouverture artificielle.

A Copenhague, les médecins danois ont signalé une complication qui, jusqu'à présent,

---

chance de conduire à bonne fin une opération, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, en France on agit de même envers ceux qui, d'après l'avis de la famille, n'opèrent pas quand il conviendrait. Mais l'arrêt a été tout autre, et, comme dans la récente affaire du docteur Poncet (du Val-de-Grâce), le tribunal a affirmé le droit absolu du médecin à ne pratiquer une opération que s'il le juge convenable et dans les conditions qu'il considère comme les plus favorables à son malade.

Cette fois c'était un mari qui réclamait 20,000 francs de dommages-intérêts au docteur de Lignerolles (du Havre) sous prétexte que celui-ci n'aurait pas su reconnaître la maladie dont la dame était atteinte et n'aurait pas pratiqué l'opération chirurgicale qui aurait pu la sauver. Non seulement le tribunal a débouté le plaignant de sa demande, mais il l'a condamné à 500 francs de dommages-intérêts parce que ses allégations avaient causé au docteur de Lignerolles un préjudice réel.

Voilà qui est bien. Où irions-nous, mon Dieu, si on était obligé de suivre toutes les fantaisies des familles quand on est obligé de prendre un parti dans des questions aussi graves! Ainsi, dans le cas du docteur Deschamps, il résulte du jugement que notre confrère aurait dû non seulement obtenir le consentement du père de famille pour pouvoir opérer, mais avant de provoquer ce consentement, il était de son devoir étroit d'expliquer les raisons particulières qui le déterminaient à pratiquer l'ostéotomie sur un enfant de 3 ans.

Ainsi en a décidé le tribunal. Mais voyez-vous les chirurgiens des hôpitaux d'enfants ou de sujets au-dessous de 21 ans appelant en consultation les familles, leur faisant une

n'a pas été observée en France. C'est un *œdème de la glotte* tellement rapide et intense, que l'on a dû plusieurs fois pratiquer la trachéotomie pour prévenir l'asphyxie.

II

Le professeur Nothnagel a fait une communication intéressante sur l'influenza à la Société de médecine de Vienne. Pour lui, bien que le microbe n'ait pas été encore isolé, la grippe est une maladie infectieuse, dont le microbe agit peut-être par la ptomaïne qu'il sécrète. Si la maladie revêt des formes très diverses, il en est de même de la fièvre typhoïde, dont cependant l'agent infectieux est unique. L'un des symptômes les plus constants de la maladie est la fièvre (il y a cependant des cas apyrétiques); viennent ensuite les symptômes respiratoires, puis les symptômes nerveux et digestifs. La prostration, si intense parfois, démontre bien la nature infectieuse de la maladie; il en est de même des névralgies du trijumeau qui peuvent la suivre. Ce qui rend la maladie dangereuse, surtout pour les organismes vieux et débilités, ce sont les broncho-pneumonies, les bronchites, qui la compliquent souvent.

M. Nothnagel, constatant que les pneumonies franches, fibrineuses, ont beaucoup augmenté à Vienne, a recherché quels rapports elles pouvaient avoir avec la grippe. Pour lui, cette dernière ne fait que rendre le terrain favorable, le préparer, car la pneumonie est une maladie due à des microbes spéciaux et a une existence à part.

Il est possible, probable même, que la grippe soit contagieuse, mais, dans l'immense majorité des cas, la diffusion a lieu par l'inhalation du germe qui se trouve dans l'air.

Pour le professeur de Vienne, le traitement est presque absolument symptomatique. On ne doit pas chercher à faire tomber la fièvre à tout prix, car on serait plutôt nuisible qu'utile. Les douleurs sont combattues par l'antipyrine et l'acétanilide. Il est très nécessaire de ne pas laisser les malades sortir trop tôt, sans cela la convalescence est traînante. Le traitement prophylactique se borne au séjour à la chambre pour les malades et les valétudinaires.

M. Renvers (Société de médecine de Berlin) croit aussi qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, la nature de l'infection étant inconnue. La grippe évolue selon deux types principaux. Tantôt le début est presque foudroyant, avec mal de tête, nausées, vomissements, injection des conjonctives, fièvre (40°, 41°). Après dix ou douze heures, les sueurs surviennent, puis, après quarante-huit heures, il y a une défervescence critique. L'attaque laisse après elle une grande faiblesse, des douleurs dans les reins et les

---

leçon clinique sur le cas et les priant de se prononcer pour ou contre l'avis du chirurgien? Et sur quoi les pauvres gens baseront-ils leur opinion? Et qui croira à leur compétence ?

Dans l'affaire du docteur de Lignerolles, supposez que le chirurgien, au lieu de se refuser à pratiquer l'opération que le mari, après coup, a jugée indispensable, l'ait pratiquée, et que la mort soit survenue quand même, ce qui est très probable, vu le cas, qu'aurait dit le mari? Croyez-vous qu'il aurait pris pour lui la responsabilité de ce fâcheux événement? Il y a cent à parier contre un que non.

« J'ai bien parlé d'opération au chirurgien, aurait-il dit, mais ce n'était pas à moi de décider s'il fallait ou non la pratiquer, mais à lui; il est plus instruit que moi en médecine; c'est son métier, il est diplômé pour cela, il n'aurait pas dû opérer; et s'il n'avait pas opéré, ma femme vivrait encore. »

Croyez-moi, chers lecteurs, en pareil cas, mieux vaut encore appeler un confrère en consultation que toute la famille du malade.

*
* *

Je ne sais si, au fond de tout cela, il n'y a pas un peu de chantage. Je serais assez disposé à le croire pour l'affaire de Liège, dans laquelle le père, resté dans les coulisses pendant deux ans, vient un beau jour réclamer 10,000 francs à M. le docteur Deschamps.

D'ailleurs, le cas n'est pas isolé; sans aller jusqu'à 10,000 francs, les revendications des parents peuvent se produire dans certains cas et d'une autre manière que devant la

membres. Dans une seconde forme, la température s'élève lentement, en même temps qu'il y a de la faiblesse, des quintes de toux violentes, de la sécheresse dans la gorge. L'acmé dure deux jours et la descente est progressive; le catarrhe persiste quelque temps. Il y a uue forme accessoire où, en même temps que les troubles respiratoires, il y a des troubles digestifs intenses. Les principales complications observées ont été les pneumonies et broncho-pneumonies et l'otite. Le pronostic en général est bénin.

Pour M. Furbringer, l'influenza n'est pas contagieuse d'un malade à une personne saine. Sur 1,000 malades admis à l'hôpital de Friedrirhsham depuis le début de l'épidémie, un seul cas de grippe a été constaté dans les salles; le personnel hospitalier a été très peu atteint. La cause est un miasme animé. Les crachats hémoptoïques indiquent une broncho-pneumonie commençante. Furbringer a observé plusieurs fois la tuméfaction de la rate, notée en France par G. Sée et Potain.

A la même Société, Lovenstein a insisté sur l'existence, chez tous les malades qu'il a vus, d'une rougeur avec tuméfaction œdémateuse de la muqueuse pharyngée; la luette était déviée. Les troubles dyspeptiques sont prédominants dans la forme lente.

Une discussion sur l'influenza a aussi eu lieu à la Société des médecins de Saint-Pétersbourg. M. Moritz a distingué trois formes : formes nerveuse, catarrhale et gastrique. Très souvent, après la guérison apparente, il a noté la réapparition, après quelques jours, des symptômes de catarrhe. Par lui, il y aurait là plutôt une exacerbation tardive qu'une récidive.

M. Lieven a émis des doutes sur l'identité de l'épidémie actuelle et de la grippe qui se développe par les temps froids quand le vent souffle du nord-est. En Russie, les mois de septembre et d'octobre ont été remarquables par un temps humide et chaud. Peut-être s'agit-il, comme dans la malaria, d'une maladie miasmatique d'origine tellurique. En effet, la maladie actuelle, comme la malaria, se développe surtout dans les endroits bas et humides, en respectant les hauteurs. De plus, le catarrhe manque souvent; la guérison survient rapidement après des phénomènes critiques et la rate est volumineuse.

M. Kernig croit, au contraire, qu'il s'agit bien de la grippe dans laquelle il y a des formes nerveuses et gastriques. Il a noté l'augmentation de volume de la rate et du foie et a observé, entre autres complications, de la congestion des méniuges et de la méningite.

---

justice. Il suffit parfois d'aller de concierge en concierge dire que M. un tel a tué votre enfant ou laisser mourir votre femme pour qu'un médecin, fatigué de ces propos, compose avec le bavard. Beaucoup de nos confrères ont passé par ces fourches caudines, ne voulant pas en appeler à la justice pour faire cesser ces bruits et n'osant pas résister ouvertement. D'autres, plus hardis, ont carrément mis à la porte les réclamants. De ce nombre est un de nos amis, qui raconte volontiers le fait suivant :

Il y a près de trois ans, il est appelé auprès d'une pauvre femme en couches, donne les soins nécessaires, et prescrit ensuite quelques injections vaginales de sublimé, liqueur de Van Swieten additionnée d'eau chaude. Il perd de vue la femme, qui depuis a eu un autre enfant. Celui-ci est rachitique, on l'envoie en nourrice en province, puis on le renvoie à la mère avec un genu valgum. Il y a quelques jours, notre confrère voit arriver chez lui cette femme, qui se rappelle à son souvenir par le récit des soins qu'il lui a donnés et lui présente son enfant.

— Vous voyez, Monsieur, ce genou? — Oui, Madame, c'est un genu valgum.

— Non, Monsieur, c'est plein de mercure! — Comment, de mercure? Vous avez donc eu une maladie vénérienne? On vous a fait suivre un traitement pour cela?

— Non, Monsieur, je n'ai jamais eu de vilaine maladie, et je n'ai pas pris de mercure. — Mais comment savez-vous qu'il y a du mercure dans le genou de votre enfant?

— Comment, Monsieur? mais tous les médecins de la campagne se sont réunis, tellement c'est extraordinaire, et ils ont tous déclaré qu'ils n'avaient jamais vu un enfant aussi plein de mercure... — Mais, enfin, Madame, d'où viendrait donc ce mercure?

Des éruptions cutanées ont été notées par plusieurs des membres de la Société. MM. EBERMANN, PETERSON, KERNIG, ont observé des érythèmes localisés ou généralisés, de la roséole, de l'urticaire, de l'herpès. Cette dernière éruption se verrait dans 10 p. 100 des cas. Les mêmes ont vu des œdèmes fugaces de la face qui peuvent n'occuper qu'un côté. Dans un cas, MORITZ a constaté du purpura. MASING a pu, dans un fait, noter la durée de la période d'incubation; elle ne doit pas se prolonger plus de quarante-huit heures. De même qu'en France, les vieillards et les enfants sont généralement restés indemnes, bien que HORSCHELMANN ait remarqué que la maladie était assez fréquente dans les hôpitaux d'enfants.

Presque tous les médecins reconnaissent que le microbe de la grippe est inconnu. Cependant Otto SIEFERT et MULLER ont trouvé, dans le mucus du catarrhe nasal au début, des microcoques en chaînettes qui manquent dans le catarrhe de la rougeole, dans l'expectoration de la bronchite, de la phthisie, et seraient caractéristiques. Ils n'ont pu inoculer la maladie aux animaux et n'ont pas fait de culture. (*Wiener med. Blatter*, 1889, 52.)

III

En dehors des précautions banales à prendre contre le froid, y a-t-il un traitement prophylactique de la grippe ? Quelques-uns l'ont pensé. C'est ainsi que M. BOUCHERON (*Bull. méd.*, 1890, 2) recommande de prendre d'heure en heure, dès le premier accès de fièvre, des cachets de salol et des cachets de naphtol de 0,30, ces derniers au moment du repas. Un adulte peut absorber 2 grammes et même 3 grammes de chaque substance par jour. D'après l'auteur, ce traitement, auquel on joint l'administration d'un peu de quinine ou d'antipyrine, selon que la fièvre ou la douleur dominent, amène huit fois sur dix la disparition de la fièvre après la première journée; en continuant quatre ou cinq jours, la maladie se trouve supprimée. Le bénéfice du traitement disparaît en grande partie si on ne l'applique que dans le cours de la grippe. Les personnes qui prennent du salol ou du naphtol à faible dose pour d'autres affections seraient beaucoup plus réfractaires à l'influenza que les autres, et cette remarque aurait été faite aussi par MM. Bouchard et Landouzy. (*Berlin. Klinische Woch.*, 51, 1889.)

FRASER a, d'autre part, conseillé, se basant sur les analogies qui existent entre la malaria et la grippe, de donner aux individus menacés 0,50 de quinine par jour ou tous les deux jours.

— Vous ne vous rappelez pas, Monsieur, que vous m'avez fait faire des injections au sublimé, il y a trois ans?... Eh bien, j'ai étudié cela, et puis d'ailleurs les médecins de la campagne me l'ont bien dit ; dans le sublimé il y a du mercure; et c'est ce mercure qui est entré dans le corps de mon enfant quand je suis devenue enceinte l'année d'après.....

Notre confrère a bien eu de la peine à se débarrasser de cette idiote, qui au fond n'était pas si bête, car elle voulait surtout faire soigner son enfant gratis; mais jamais il n'a pu lui faire sortir de la tête l'idée que son enfant était plein de mercure par suite des injections vaginales de sublimé qu'elle avait prises autrefois.

Allez donc appeler de pareilles gens en consultation quand il s'agit d'opérer leur enfant !

SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE LA VARICELLE. — E. Chambard.

Laxatif léger au début, s'il existe de l'embarras gastrique; saupoudrer la peau avec une poudre inerte, afin de calmer les démangeaisons. Maintenir l'enfant à la chambre, et le préserver des causes de refroidissement, dans le but de supprimer toutes les chances de complication rénale. — Si la varicelle prend un caractère gangréneux, instituer un traitement local antiseptique et un traitement général tonique. — S'il survient de la néphrite varicelleuse, prescrire une médication à la fois diurétique et diaphorétique : de l'eau de Bilin, de l'acétate de potasse et des bains de vapeur.

Ces divers traitements n'ont guère réussi à M. SPILMANN (de Nancy), qui raconte (*Gazette hebd.*, 1890. 2, 17) qu'il a pris pendant trois semaines et donné à quatorze personnes de sa famille 0,50 de quinine par jour. Or, sur ces quatorze personnes, douze ont été atteintes de grippe et la maladie a eu sa durée habituelle et n'a pas été plus bénigne, puisque, dans quatre cas, il y a eu des complications bronchiques.

M. Spilmann a eu aussi recours à la pratique conseillée par M. Boucheron. Ni le salol, ni le naphtol ne lui out paru avoir d'action sur la durée ou sur l'intensité de la fièvre, et l'évolution a été identiquement semblable quand il a abandonné la maladie à elle-même. Des malades qui prenaient depuis plusieurs semaines du naphtol et du salol pour une affection de l'estomac ont été aussi atteints que d'autres. « En résumé, dit en terminant M. Spilmann, on n'est pas en droit de dire qu'il existe pour le moment un traitement prophylactique de la grippe et, pour empêcher la multiplication des microbes qui viennent d'entrer dans l'organisation, le mieux serait peut-être de chercher à les atteindre par des lavages antiseptiques des fosses nasales, surtout dans la forme catarrhale de la maladie. — P. RODAIS.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Contribution à l'étude séméiologique et pathologique de la rage, par M. FERRÉ. — « L'état paralytique dans la rage du lapin inoculé par trépanation s'établit d'une manière progressive, débutant ordinairement dans le train postérieur et gagnant successivement les autres parties du corps jusqu'à ce que l'animal reste complètement couché, les membres inertes. Cependant, même lorsque cet état est assez avancé, on peut souvent, par de fortes excitations, déterminer des mouvements. Nous avons recherché quel était, dans ces conditions, l'état du système nerveux, expérimentant sur des lapins pris dans des séries allant du 180e au 235e passage. Comme le train postérieur est le premier et le plus complètement atteint, nous avons cherché dans quel état physiologique se trouvaient les nerfs sciatiques et nous avons constaté : 1° qu'ils avaient conservé leurs propriétés de transmission; 2° que les transmissions réflexes, quoique affaiblies dans les dernières phases de l'état paralytique, continuaient à s'effectuer suivant les lois ordinaires.

Enfin, après avoir reconnu que la moelle dorsale, après section et repos de l'animal, répondait aux excitations, nous avons été amenés à exciter les zones motrices de l'écorce cérébrale à leur tour; nous avons pu remarquer qu'elles conservaient aussi à peu près l'intégrité de leur fonction, si ce n'est dans les périodes ultimes où l'on était obligé d'augmenter un peu l'intensité du courant d'excitation pour obtenir les mouvements correspondants.

Bref, il résulte de ces expériences, dont la première remonte au 17 avril 1888, que dans l'état de rage paralytique, l'appareil nerveux de transmission cortical, médullaire et périphérique, paraît être intact, ce qui rapproche, une fois de plus, la rage paralytique de la rage excitante.

Sans vouloir formuler d'hypothèse touchant la cause de cet état de parésie, nous ferons observer que l'abaissement de la température de l'animal (tombant à 30°, 28° et 27°) n'en est pas la cause absolument déterminante, car, d'une part, l'intégrité de transmission est conservée chez des animaux dont la température est très basse, et, d'autre part, cet état de parésie n'est pas sensiblement modifié, si l'on vient, comme nous l'avons indiqué dans un autre travail, à relever la température jusqu'à la normale.

Sur la circulation sanguine des mammifères au moment de la naissance, par Ch. CONTEJEAN. — On sait que les opinions des physiologistes diffèrent sur le point de savoir de quelle manière s'effectue la transformation de la circulation fœtale en circulation définitive; les uns pensent que cette transformation se fait tout entière et instantanément au moment de la naissance, et qu'elle serait provoquée par la première inspiration; les autres, et notamment M. Beaunis, admettent que la circulation de l'adulte s'établit gra-

duellement et que, dans le canal artériel, passent encore, pendant deux ou trois jours, des quantités de sang décroissantes.

Les expériences que j'ai pratiquées sur des chiens une heure après la naissance, et que j'ai répétées sur un grand nombre de chats âgés de quelques heures me paraissent trancher la question en faveur de la première hypothèse, c'est-à-dire de la transformation *instantanée* de la circulation fœtale en circulation définitive.

J'ai, de plus, reconnu nettement, ce qui est contraire aux observations d'Anrep, que l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique arrête le cœur chez le chat nouveau-né, l'excitation du bout central arrêtant la respiration. Ce nerf est sans action chez cet animal, une semaine avant la naissance.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 9 janvier 1890. — Présidence de M. POLAILLON.

Les conférences, qui devaient commencer le 15 janvier et se continuer le mercredi de chaque semaine, cet hiver, sont remises par suite de l'épidémie régnante. Leur ordre du jour est arrêté ainsi qu'il suit :

1. M. Dujardin-Beaumetz : Régime végétarien. — 2. M. Motais : Poisons modernes. — 3. M. P. Reynier : Asepsie. — 4. M. S. Yves-Ménard : Acclimatation. — 5. M. Laborde : Absinthisme et alcoolisme. — 6. M. Gariel : Eclairage électrique. — 7. M. Cadet de Gassicourt : Education physique. — 8. M. Blanchard : Méthode graphique. — 9. M. L. Petit : Etude sociale de la tuberculose. — 10. M. Bouloumié : Malades et blessés dans nos armées en temps de guerre.

De l'influence de l'épidémie régnante sur la tuberculose. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ dit que Grad a jadis considéré l'influenza comme une maladie grave, plus grave que le choléra. Il craint que cet auteur n'ait raison, en voyant de tous côtés l'épidémie régnante augmenter la léthalité dans les proportions du double, du triple et même parfois du quadruple de la normale.

Chose curieuse et qu'il ne s'explique pas encore, il meurt relativement plus du double d'hommes que de femmes. Serait-ce qu'il y aurait plus de phthisiques hommes que de phthisiques femmes? Il n'en sait rien, mais cette opinion pourrait s'appuyer sur les faits signalés par les auteurs et aussi constatés en ce moment, que pour les tuberculeux la grippe a presque toujours une terminaison fatale, et que la mortalité est considérablement augmentée chez les phthisiques pendant l'épidémie régnante.

Pour M. Dujardin-Beaumetz, une autre question se pose encore : savoir ce que deviennent les grippés actuels au point de vue de la tuberculose. Clarke, en parlant de l'épidémie de 1832, dit qu'elle fut pour beaucoup le point de départ de la tuberculose. Fournet fait la même remarque pour l'épidémie de 1837. Brochin écrit qu'on a souvent vu la phthisie se développer sous l'influence de la grippe. Les auteurs modernes, Hérard entre autres, partagent cette opinion. Ces idées sont d'ailleurs parfaitement acceptables, vu ce que nous savons à l'heure actuelle de la contagiosité tuberculeuse, vu aussi les congestions fréquentes rencontrées dans cette maladie, vu enfin l'affaiblissement général occasionné par la grippe. L'avenir dira si ces prévisions sont justifiées.

M. CADET DE GASSICOURT rappelle que Bertillon a signalé l'influenza comme beaucoup plus rare et moins grave chez les enfants que chez les adultes. Sera-t-elle alors pour eux aussi le point de départ de la tuberculose? On sait quel nombre considérable d'enfants jeunes, très jeunes même, meurent de cette affection ; il serait donc intéressant de faire, à partir d'aujourd'hui, pour tous ces cas de mort, la quote part de l'hérédité et de l'influence grippale.

Cas de laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — M. RICHELOT pense que chez l'adulte il y a, dans la majeure partie des cas, avantage à substituer cette opération à la trachéotomie. Elle serait évidemment compliquée, si on voulait la pratiquer exactement comme les auteurs la décrivent. Mais, en fait, la membrane intercrico-thyroïdienne n'étant recouverte que par la peau, la région n'offrant aucun vaisseau, ni aucun organe impor-

tant, l'opération est des plus simples. Une fois l'espace intercrico-thyroïdien reconnu avec l'extrémité de l'index de la main gauche, il n'y a qu'à appuyer le bistouri, sans disséquer couche par couche, puis à passer une canule de 9 à 10 millimètres, très suffisante pour respirer et parfaitement reçue par l'espace intercrico-thyroïdien. — M. Richelot a opéré heureusement dix malades par cette méthode, qui a l'avantage d'être très rapide et inoffensive. Un dernier opéré a succombé ultérieurement, mais par suite, soit du pus accumulé dans les bronches, soit de la généralisation d'une angine infectieuse. Il s'agissait en effet d'une angine grave avec un énorme abcès de l'amygdale, qui s'était vidé dans les voies respiratoires. La trachéotomie eût été extrêmement difficile et aléatoire dans les conditions où M. Richelot s'est trouvé.

M. P. Reynier partage l'avis de M. Richelot au sujet de la facilité extrême et de l'innocuité de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. Il fait toutefois certaines réserves au sujet de l'âge des opérés, ne pensant pas qu'elle soit applicable chez les enfants où l'espace intercrico-thyroïdien est insuffisant, et où, pour les cordes vocales, le voisinage immédiat de la canule serait fâcheux. Quant au dernier opéré de M. Richelot, il opine pour l'angine infectieuse et l'œdème comme causes de la mort, au lieu de l'asphyxie mécanique par le pus déversé par l'abcès dans les bronches.

M. Richelot est du même avis que M. Reynier sur l'inopportunité de la laryngotomie chez les enfants. Quant à la cause de la mort de son dernier opéré, il l'attribue aussi à l'angine infectieuse.

Rapport de la grippe avec les maladies infectieuses. — M. Jasiewicz, après avoir rapporté l'opinion des auteurs sur les relations entre la grippe et les affections d'origine septique, esquisse, d'après ses observations personnelles, le tableau de l'épidémie actuelle et tâche d'en montrer les rapports avec les maladies infectieuses.

De l'étude des symptômes, des caractères, de la marche et de l'étiologie de la maladie, de l'examen de son origine probable, de ses analogies et de ses rapports avec les maladies zymotiques, l'auteur conclut à la nature infectieuse de la grippe, forme atténuée des affections septiques, qui tire sa gravité de la prédisposition individuelle et des influences multiples (climat, saison, lieux, autres maladies infectieuses régnantes, etc.) qui modifient son processus.

M. Jasiewicz recommande les mesures prophylactiques les plus sévères, entre autres, l'isolement. Au point de vue du traitement, l'antipyrine a agi parfaitement contre l'élément douleur; le sulfate de quinine a été souverain contre l'élément fièvre. Les troubles gastro-intestinaux et respiratoires réclament une médication spéciale. L'auteur est contraire à toute médication débilitante ; sauf dans des cas rares, les toniques lui paraissent absolument indiqués.

Les secrétaires annuels, E. Gautrelet et Dr Bovet.

Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année scolaire 1889-1890.

M. Lafaye : Etude expérimentale du mode d'action de l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles. — M. Lespinasse : Contribution à l'étude des onychomycoses tricophytique et favique et de la pelade unguéale. — M. Vielle : Contribution à l'étude des anévrysmes de l'aorte thoracique. — M. Giraud : Etude sur l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles de l'épaule. — M. Labougle : Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main. — M. Bourguedieu : Histoire d'une épidémie de pelade, survenue au 15e dragons à Libourne. — M. Boursiac : Des démangeaisons apparaissant sans lésions cutanées; des démangeaisons d'origine nerveuse en particulier. — M. Louet : Des anomalies des organes génitaux chez les dégénérés. — M. Lescure : Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques. — M. Ducuron : Contribution à l'étude du traitement des imperforations ano-rectales. De la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée. — M. Robert : Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales.

COURRIER

Société de chirurgie de Paris. — La séance annuelle de la Société de chirurgie aura lieu le mercredi 22 janvier, à trois heures et demie.

Ordre du jour : 1. Allocution de M. Le Dentu, président. — 2. Compte rendu des travaux de l'année 1889, par M. Pozzi, secrétaire annuel. — 3. Eloge de M. Legouest, par M. Chauvel, secrétaire général. — 4. Proclamation des prix pour l'année 1889.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 janvier 1890, M. le médecin-inspecteur général Collin a été désigné pour présider, en 1890, le comité technique de santé militaire.

Une femme pétrifiée. — Nous lisons dans un journal de Winnipeg (Canada) : « Il y a environ seize ans, mourait dans notre ville une femme nommée Adélaïde Rolade, qui fut ensevelie à vingt milles de la ville. Son mari, M. Rolade, se rendit, il y a quelques jours, au lieu de sa sépulture pour l'exhumer et transporter ses restes dans un autre cimetière. Mais quelle ne fut pas sa surprise et celle de quelques amis venus avec lui, en trouvant le corps de la morte dans un état de conservation parfaite et n'ayant pas perdu un seul de ses cheveux. Leur étonnement augmenta lorsqu'ils voulurent la soulever; elle pesait le poids énorme de 700 livres ! Un examen attentif fit découvrir que le cadavre avait été déposé dans le voisinage d'une source alcaline dont l'action lente et continue avait amené sa complète pétrification. ! »

Une nouvelle ivresse. — *Le naphtolisme.* — L'Amérique, la terre classique des excentricités de toutes sortes, vient de nous révéler un nouveau genre d'ivresse d'une nature originale. Il existe à Boston et dans les environs un nombre très considérable de manufactures de caoutchouc, à la purification duquel le naphte est employé. Ce naphte, en ébullition, est contenu dans de grandes cuves et soigneusement préservé des atteintes de l'air. Ces manufactures sont une ressource précieuse pour la classe ouvrière, car on y emploie une grande quantité de femmes et de jeunes filles. On ne tarda pas à s'apercevoir, dans l'une de ces fabriques, que la presque totalité des ouvrières semblaient être dans un état perpétuel d'ébriété. On les surveilla et l'on fut stupéfait de constater qu'elles s'enivraient à plaisir en respirant les vapeurs qui s'échappaient des chaudières de naphte. Ces femmes déclarèrent que ce funeste abus était devenu pour elles presque une nécessité, par l'habitude qu'elles en avaient contractée. Les sensations que cette ivresse procure sont, paraît-il, si délicieuses, qu'elles surpassent les enchantements et les molles rêveries que fait naître l'opium ou le haschish. (*Inv. Nouv.*)

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki recommenceront le lundi 27 janvier un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles; il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitᵗ physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Clinique nationale des Quinze-Vingts.

Ophthalmie phlycténulaire; pathogénie et traitement.

Leçon professée par M. le docteur VALUDE.

Messieurs,

Nous aurons à traiter aujourd'hui de l'étiologie et du traitement de l'ophthalmie phlycténulaire, cette maladie infantile bien connue et si répandue que plus des 9 dixièmes des affections oculaires de l'enfance lui appartiennent soit sous forme de kératite, soit sous forme de conjonctivite ou de blépharite. Les symptômes cardinaux de cette ophthalmie consistent dans un gonflement des bords palpébraux avec formation d'ulcérations et de croûtes épaisses; à la conjonctive et à la cornée, on observe le développement de pustules qui, sur cette dernière membrane, peuvent être suivies d'ulcérations avec toutes leurs conséquences. Comme signes fonctionnels, c'est le larmoiement, la photophobie et le blépharospasme, qui sont parfois prononcés à un tel point qu'ils constituent la caractéristique principale de la maladie.

Cette affection est donc très intéressante à connaître, en raison de son extrême fréquence; mais c'est surtout sa pathogénie qui devra nous occuper ici, car de l'étiologie de cette maladie découlera le choix rationnel du traitement.

Sans faire à cet égard un historique complet, il n'est pas inutile de citer l'opinion des principaux auteurs sur ce point. Les anciens, dont l'opinion est rapportée expressément par Mackenzie, l'un des meilleurs observateurs en ophthalmologie, rattachaient nettement l'ophthalmie phlycténulaire à la scrofule, et ils faisaient de cette affection un accident analogue et comparable aux infiltrations ganglionnaires et aux affections scrofuleuses types. C'était l'ophthalmie scrofuleuse au sens propre du mot.

Les auteurs plus récents se sont montrés plus hésitants dans cette voie, et, pour ne citer que les noms les plus familiers, nous voyons Galezowski ranger l'ophthalmie phlycténulaire non plus dans la scrofule, mais dans le lymphatisme, mot d'un sens plus large et assez vague; de Wecker qui, en parlant de cette affection, déclare que c'est trop s'avancer que d'en faire une détermination de la scrofule, et E. Meyer, enfin, qui proclame nettement que les manifestations de l'ophthalmie phlycténulaire peuvent s'observer chez les sujets très bien portants et nullement entachés de scrofule.

A côté de ces hésitations, de ces réticences d'auteurs qui rattachent

l'ophthalmie phlycténulaire à un certain état général, tout en la séparant de la scrofule, il existe une autre opinion, très nettement affirmée par quelques-uns, qui a vu le jour en Allemagne et a été propagée en France par plusieurs observateurs, notamment par M. Augagneur (de Lyon). D'après cette manière de voir, l'ophthalmie phlycténulaire serait une affection parasitaire locale, d'origine purement externe et qui n'aurait rien à faire avec l'état général du sujet.

On reconnaît ici l'esprit général de la science allemande en ce qui concerne les affections du revêtement tégumentaire externe.

Quoi qu'il en soit, Horner, par exemple, dans sa *Monographie des affections oculaires de l'enfance*, et Augagneur après lui, font ressortir, avec une certaine autorité, ce fait que l'ophthalmie phlycténulaire s'observe bien à la vérité avec l'impétigo de la face, de l'orifice du nez et des lèvres, mais qu'elle ne coïncide pas habituellement avec les déterminations scrofuleuses franches telles que les adénites, les suppurations osseuses, etc. Or, comme il tend à s'établir aujourd'hui que l'impétigo est une affection cutanée d'origine microbienne, il en résulte que son congénère, l'ophthalmie phlycténulaire, doit avoir la même origine extérieure. Le jour où l'eczéma impétigineux des enfants a trouvé son microbe, la phlyctène de la cornée, sa parente, avait le sien.

On sait que l'eczéma impétigineux de la face s'observe souvent à l'orifice des fosses nasales comme témoin d'une inflammation chronique des fosses nasales, d'une rhinite. C'est cette rhinite qui constitue vraisemblablement le facteur principal dans la production de l'ophthalmie phlycténulaire.

Rhinite et impétigo cutané sont d'ailleurs affranchis de tout lien avec la scrofule ou le lymphatisme et relèvent directement d'une cause microbienne toute extérieure.

On peut donc comprendre, d'après ce qui précède, qu'Augagneur ait pu énoncer des conclusions aussi formelles que les suivantes :

« La kérato-conjonctivite, dite des scrofuleux, est une affection de cause « externe.

« Dans presque tous les cas, elle succède à une rhinite.

« La rhinite elle-même est la conséquence d'une inoculation de cause « variable, plus habituellement de l'inoculation du virus de l'impétigo du cuir chevelu. »

Il nous apparaît que l'expression exacte des faits n'est rendue ni par cette interprétation catégorique ni par l'hypothèse ancienne, qui rattache simplement la maladie dont il s'agit à la scrofule. Il est évident, en effet, que l'ophthalmie phlycténulaire n'est pas une ophthalmie scrofuleuse, car la scrofule, aujourd'hui, c'est la tuberculose au moins atténuée, et les enfants atteints de phlyctènes sont souvent, ainsi qu'on l'a bien remarqué, indemnes des engorgements ganglionnaires ou altérations osseuses caractéristiques de la scrofule.

Mais si la phlyctène n'est pas une production de la scrofule, on ne peut pas dire, d'autre part, qu'elle soit due uniquement à l'inoculation d'un microbe, comme celui de l'impétigo, par exemple, car il ne manque pas de faits qui viendraient à l'encontre de cette opinion. Il n'est pas rare, en effet, de voir se développer une pustule isolée de la conjonctive ou de la cornée sans la moindre rhinite coexistante et sans qu'il existe chez le malade d'impétigo de la face ou du cuir chevelu. De même, on voit des enfants à la figure couverte d'impétigo, et dont les yeux atteints de con-

jonctivite irritative sont indemnes de toute pustulation caractéristique de l'ophthalmie phlycténulaire.

Ce qui est plus vrai, selon nous, c'est que la phlyctène oculaire, d'une part, puis l'impétigo de la face et la rhinite, d'autre part, constituent un ensemble d'affections similaires, soumises aux mêmes causes, d'une même origine, et susceptibles de se développer isolément ou parallèlement.

Si l'on envisage, en effet, la conjonctive et le revêtement épithélial de la cornée comme une continuation de la peau du visage et de la muqueuse nasale, on peut concevoir que ces parties soumises aux mêmes influences externes soient susceptibles de présenter des altérations de même ordre qui sont : à la peau du visage, l'impétigo; à la muqueuse nasale, la rhinite; à la cavité conjonctivale, l'ophthalmie phlycténulaire.

Deux facteurs sont nécessaires à la production de cette sorte de dermatite naso-dermo-oculaire : d'une part, la déchéance organique de l'individu ou le lymphatisme, dont le rôle n'est pas niable; d'autre part, une irritation locale de nature variable.

Il est impossible de récuser les milliers d'exemples qui attestent que l'ophthalmie phlycténulaire atteint dans une extrême proportion les enfants blêmes, chétifs, mal nourris, malingres, ceux qui sont soumis à une mauvaise hygiène, ceux qui vivent dans un climat humide et froid, les lymphatiques, pour tout dire d'un mot. Quand les enfants des classes aisées présentent les atteintes de l'ophthalmie phlycténulaire, c'est que leur hygiène est défectueuse ou que leur constitution est affaiblie. J'ai observé dernièrement, dans une famille très aisée, un enfant de 8 ans qui présentait une seule pustule, unique, de la cornée et qui n'avait jamais eu ni rhinite, ni impétigo, ni symptômes de scrofule. L'inoculation ne pouvait être admise. Cet enfant, d'une belle apparence de santé, était cependant, en sa qualité de Parisien et en raison du régime de ses études, soumis à un traitement fortifiant qu'il suivait régulièrement tous les hivers. Cette année, par négligence, le traitement n'avait pas été entrepris, la santé de l'enfant s'en était quelque peu ressentie; il avait pâli et nous avons vu que la conséquence de ce changement d'hygiène avait abouti à la formation d'une phlyctène. Il me paraît difficile, après de tels exemples, de nier l'influence de l'état général sur la production de l'ophthalmie phlycténulaire et, par conséquent, de dénier au traitement général toute l'importance que les anciens lui attribuaient et que nous lui avons conservée en dépit des tendances de l'école allemande.

A côté de cette cause prédisposante, majeure, je crois pouvoir le dire, il ne faut pas oublier les causes occasionnelles, et ici l'action de la rhinite, bien mise en lumière par Augagneur, prend une importance considérable. Nul doute que l'inflammation nasale ne se propage à la cavité conjonctivale par les voies lacrymales et n'entretienne la maladie oculaire jusqu'à ce qu'elle soit guérie elle-même. Quand un enfant présente une ophthalmie phlycténulaire d'un seul côté, il est presque de règle de voir la rhinite plus prononcée du même côté ou existant seulement de ce côté. Cette action de la rhinite est donc certaine, elle peut s'exercer par l'intermédiaire d'un microbe, mais nous ne pensons pas qu'il s'agisse ici d'un microbe spécifique. En un mot, l'inflammation nasale n'agirait sur la conjonctive et la cornée que comme un irritant non spécifique.

A côté de cette cause fréquente de l'ophthalmie phlycténulaire, il faut compter les fièvres éruptives, et surtout la rougeole et la variole, qui, par le

catarrhe oculaire qu'elles provoquent, amènent l'œil à devenir la proie de l'ophthalmie phlycténulaire. Les deux tiers des enfants atteints de cette affection ont été pris pendant la convalescence de la rougeole, qui agit ici et comme irritant local et comme cause générale par la déchéance organique qu'elle entraîne après elle. Dans un même ordre d'idées, on peut voir le travail de la dentition être suivi d'une poussée phlycténulaire du côté de la conjonctive ou de la cornée. Enfin, comme causes occasionnelles susceptibles de provoquer l'apparition de phlyctènes chez les enfants prédisposés et lymphatiques, notons encore les traumatismes légers, les poussières, l'action de l'air froid, toutes causes qui, bien que réelles, sont pourtant moins fréquentes et moins saisissables que les précédentes.

Comme conséquence de cette façon de comprendre l'étiologie de l'ophthalmie phlycténulaire. il s'ensuivra que le traitement de cette affection devra être double, général et local; les deux formules thérapeutiques ont à peu près la même importance. Ainsi, nous ne suivrons pas ceux qui rattachent l'impétigo et ses dérivés à une origine toute externe, n'attaquent celui-ci que par les seuls moyens extérieurs. L'expérience a prouvé, notamment, quant à ce qui concerne l'ophthalmie phlycténulaire, que le traitement général était nécessaire, et le fait cité plus haut par nous en est une preuve.

Autant que le fait pourra se réaliser, on prescrira le séjour dans un climat sec et chaud, et on enjoindra aux parents de veiller soigneusement à ce que l'enfant ne demeure pas confiné à l'intérieur, mais prenne quotidiennement un exercice prolongé à l'extérieur. L'air de la mer, en été, est-il favorable? Telle est la question qui sera souvent posée et à laquelle il importe de répondre en connaissance de cause. Bien que l'air marin soit plutôt nuisible aux affections chroniques des yeux en général, à cause de son action irritante sur la muqueuse conjonctivale, il semble reconnu aujourd'hui que le séjour à la mer exerce une influence heureuse sur la marche des ophthalmies phlycténulaires, par le fait de la modification salutaire qu'il imprime à l'organisme tout entier. L'étude des résultats obtenus chez les petits malades hospitalisés au bord de la mer nous fournit à cet égard de précieux renseignements. En effet, si l'on s'en rapportait à ce qui se passe à l'hôpital de Berck, chez les enfants envoyés pour des accidents scrofuleux divers, on éloignerait immédiatement l'idée d'envoyer jamais un enfant atteint de phlyctènes au bord de la mer, car il a de tout temps été reconnu que les maladies des yeux s'exaspéraient à ce séjour. Toutefois, on a pensé que l'aggravation des affections oculaires à la plage de Berck pouvait tenir non pas à l'air marin en lui-même, mais à la nature du sable de cette plage, lequel est impalpable et remplit constamment les yeux en les irritant, et aussi à l'existence de vents froids qui s'établissent dès que la belle saison commence à prendre fin. C'est pourquoi on a de nouveau tenté de placer des enfants atteints de différentes affections oculaires au bord de la mer, mais en Bretagne, à Pen-Bron, une plage où les vents froids sont rares et où la côte est rocheuse, ce qui supprime les inconvénients provenant du sable trop fin des dunes. Là, le résultat a été tout autre et entièrement satisfaisant.

En résumé. le séjour à la mer est très favorable par la modification qu'il apporte à l'état de déchéance organique du malade, mais il importe de choisir une plage où ne règne pas trop de vent et dont le sable ne soit pas

trop fin, deux causes occasionnelles efficaces pour la production de l'affection qui nous occupe.

Faute de pouvoir conduire le petit malade à la mer, il sera indiqué de recommander l'usage de bains salés chauds pris en toute saison et à raison de deux par semaine.

Enfin, comme traitement médicamenteux interne, on prescrira, soit l'huile de foie de morue, soit l'une quelconque des préparations iodurées fabriquées en si grand nombre pour remédier au lymphatisme et à la scrofule; la préparation qui nous semble mériter la préférence est le sirop iodotannique ou le vin iodotannique, qui renferme, outre le principe tonique et l'iode, une certaine quantité de phosphate de chaux.

Sans nous étendre au traitement local de toutes les complications et accidents de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, disons que l'application *loco dolenti* de préparations hydrargyriques constitue la base de la thérapeutique de cette affection.

Si la maladie est légère, s'il n'existe qu'une ou deux petites phlyctènes isolées, sans grande réaction de l'œil, on en triomphera aisément par des insufflations de poudre de calomel dans l'intérieur de la cavité conjonctivale, sur la phlyctène elle-même. La seule précaution à prendre est de suspendre l'administration de l'iode à l'intérieur pendant les quelques jours que dureront ces applications toutes locales, car la combinaison du calomel et de l'acide se faisant à la surface de la conjonctive peut donner lieu à la production d'un composé très caustique, le bi-iodure de mercure; on a signalé de graves accidents à la suite de l'oubli de cette particularité.

Du reste, comme le maniement du calomel ne peut guère être confié aux parents du petit malade, comme l'affection reste rarement limitée à une seule phlyctène, il est préférable d'employer localement la pommade au précipité jaune (oxyde jaune d'hydrargyre, 0,20 centig. pour 10 gr.) qui ne présente pas les mêmes dangers et dont la combinaison avec l'iode des sirops n'est pas à redouter. On prescrira donc l'application quotidienne de cette pommade à l'intérieur de l'œil, et si l'ulcération n'est pas profonde et la perforation non encore à redouter, on pourra recommander l'usage de l'atropine (0,05 pour 10 gr.) pour lutter contre les douleurs oculaires et faire rétrocéder la réaction oculaire.

L'imminence d'une perforation cornéenne, l'existence d'un pannus vasculaire partiel ou total de la cornée, sont autant de complications qui exigent un traitement approprié, lequel ne saurait trouver place ici où nous n'avons voulu envisager que l'ophthalmie phlycténulaire dans ses traits les plus généraux.

Toutefois il faut faire une place nécessaire et importante au traitement de la rhinite qui est la cause ordinaire, mais seulement occasionnelle, selon nous, de la kérato-conjonctivite phlycténulaire ou lymphatique. On prescrira donc des lavages quotidiens des fosses nasales à l'aide d'une solution boriquée chaude et conjointement l'insufflation dans l'intérieur du nez d'une poudre antiseptique à base d'acide borique.

BIBLIOTHÈQUE

Atlas universel de géographie moderne, ancienne et du moyen-age, avec un texte analytique, par Vivien de Saint-Martin et Fr. Schrader. — Neuvième livraison. — Librairie Hachette.

La neuvième livraison de la grande publication géographique de la maison Hachette vient de paraître. Elle nous donne trois portions importantes de la surface terrestre.

Premièrement l'*Ouest de la France*, notre belle et curieuse Bretagne, les pays intéressants de Brest, de Saint-Malo, de Rennes, la vallée de la Loire occidentale, d'Orléans aux bassins à flot de Saint-Nazaire, en passant par Blois, Tours, Saumur, Angers, Nantes; puis la Gironde et les régions du Mans, de Poitiers, de Limoges, etc. Ce tracé a été exécuté avec tant de soin que, malgré le nombre énorme des détails, tout est clair, net et facile à lire. Un trait d'un rouge vif, très apparent, indique parfaitement le contour des départements, dont on peut ainsi se faire une idée exacte.

Secondement une vue d'ensemble de la *Puissance du Canada*, vaste étendue de pays, largement ouverte à l'avenir. Au Canada, le souvenir de la France est encore vivant. Le tracé de cette feuille nous offre un coin de l'Océan Arctique, la baie de Baffin, la baie d'Hudson, la Colombie britannique, et tout le nord-ouest de l'Amérique jusqu'aux terres polaires. L'attention se porte surtout sur la ligne du grand fleuve le Saint-Laurent, dont les eaux baignent Québec, Montréal, Ottawa, etc. C'est un fleuve magnifique et un souvenir français; c'est, en effet, un Français, Champlain, qui, en 1608, bâtit les les premières cabanes, origine de la belle ville de Québec, qui a été longtemps la capitale du Canada.

Troisièmement l'Australie, contrée encore imparfaitement connue, si remarquable par sa flore et par sa faune, et par ses indigènes généralement hideux au point de vue moral et au point de vue physique.

Ce bel atlas est bien certainement, dans sa spécialité, le document le plus clair et le plus complet. Mais quelle masse de travail il représente! Les auteurs ont dû puiser aux sources qui leur inspiraient le plus de confiance, rechercher, en s'appuyant sur une critique savante, les renseignements les plus récents. Quand les cartes ont été insuffisantes pour les détails, ils ont eu recours aux récits de voyages, aux mémoires spéciaux, aux publications géodésiques. C'est surtout, comme on pouvait le penser, à l'occasion de l'Australie que les auteurs ont dû, pour le dessin topographique, consulter de nombreuses cartes de détail, chercher le complément et au besoin la rectification de leur tracé dans les itinéraires et dans les monographies des voyageurs.

Chose digne d'attention! La France, qui est pourtant la patrie du géographe D'Anville, a été accusée de ne pas connaître la géographie, et c'est elle qui, de nos jours, donne au monde intelligent les plus beaux et les meilleurs travaux de géographie : la *Géographie universelle* d'Elisée Reclus, le *Dictionnaire de géographie* de Vivien de Saint-Martin, et le remarquable *Atlas* que nous avons sous les yeux! — Dr G. Richelot.

CORRESPONDANCE

Mont-sous-les-Côtes (Meuse), ce 13 janvier 1890.

Monsieur le rédacteur en chef du journal *l'Union médicale*,

Voici un document qui pourrait offrir un certain intérêt d'actualité. C'est un rapport sommaire que j'ai adressé au préfet de Strasbourg sur l'épidémie de grippe, qui, au commencement de 1837, a régné dans cette ville, où je remplissais alors les fonctions de médecin cantonal.

« Strasbourg, le 1er avril 1837.

« Monsieur le Préfet,

« Si j'ai tardé quelque temps à répondre à votre lettre du 14 mars dernier, relative à

l'épidémie régnante, c'est qu'il m'a fallu réunir les documents nécessaires, et, pour cela, j'ai dû attendre que la maladie sur laquelle vous demandez des renseignements eût à peu près disparu de mon canton.

« Le premier cas de grippe proprement dite que j'ai eu à traiter remonte au 9 janvier. Depuis cette époque, le nombre des individus atteints a augmenté de jour en jour; mais la maladie n'a revêtu réellement un caractère épidémique que vers la fin du mois de février. Bientôt elle a pris une telle extension que j'évalue le nombre des malades aux deux tiers de la population du canton. L'épidémie a continué à faire des progrès pendant toute la première quinzaine du mois de mars. Alors, elle a diminué d'intensité presque tout à coup, et n'a plus atteint qu'un très petit nombre d'individus; cependant, elle n'a pas encore disparu complètement. Les rechutes ont été fréquentes et faciles; c'est dans ces cas surtout que l'on voyait surgir des complications fâcheuses, qui souvent ont entraîné la mort.

« Depuis l'invasion de l'épidémie, j'ai eu à traiter 377 malades et, parmi eux, 289 indigents.

« La durée de la maladie était ordinairement de cinq à quinze jours.

« Les symptômes qu'elle a présentes variaient suivant l'appareil organique affecté. Tantôt l'inflammation envahissait l'appareil pulmonaire, et. alors, apparaissaient des symptômes de pneumonie. Dans certains cas, les symptômes gastriques prédominaient; mais le plus souvent, les bronches seules étaient affectées, et la maladie devenait purement catarrhale.

« *Phénomènes généraux.* — Violente céphalalgie; accablement général; sentiment de fatigue, de brisement dans tous les membres; grande faiblesse ; perte complète d'appétit ; langue couverte d'un enduit jaunâtre très épais ; bouche amère, mauvaise; selles ordinairement régulières ; cependant, j'ai remarqué une constipation assez opiniâtre, dans les rechutes surtout. Toux fréquente, pénible, convulsive, expectoration difficile; la nature des crachats variant suivant que la maladie restait *bronchite* ou devenait *pneumonie* ; douleur aiguë, souvent déchirante sur différents points de la poitrine, mais surtout à la base du thorax, et paraissant avoir son siège dans le diaphragme ; pouls développé, fort et fréquent ; peau chaude, brûlante, sèche.

« Telle est l'énumération rapide des symptômes principaux que j'ai le plus souvent observés.

« La convalescence a toujours été longue, et les malades ont conservé pendant plusieurs jours une grande faiblesse dans les membres et une toux qui, souvent, prenait un caractère spasmodique.

« Le *traitement* que j'ai mis en usage variait suivant la forme de la maladie et les complications dont elle était parfois accompagnée.

« J'ai cru remarquer que les émissions sanguines étaient en général plus nuisibles qu'utiles, même quand il existait une pneumonie bien caractérisée.

« J'ai employé avec avantage les moyens suivants : vomitifs dès le début de la maladie, et, quand il y avait prédominance des symptômes gastriques, légers sudorifiques ; antispasmodiques ; révulsifs.

« *Mortalité.* — Le chiffre de la mortalité a doublé pendant les mois de février et mars. Dans mon canton, 33 décès peuvent être attribués à la grippe et à ses complications.

« Dr E. Didier, à Mont-sous-les-Côtes (Meuse.) »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 janvier. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale. — Traitement opératoire des pieds-bots. — Traitement des anévrysmes artérioso-veineux.

M. Tillaux dépose un travail de M. Phocas portant pour titre : *Hydramnios; ponc-*

tion; grossesse avancée; *diagnostic*, et M. Verneuil un mémoire de M. Kapetanakis contenant trois observations de plaies de l'abdomen par instruments tranchants et par balles de revolver.

— M. Monod fait un rapport sur un intéressant travail anatomique et clinique de M. de Larabrie (de Nantes) sur les *tumeurs mixtes des glandes de la muqueuse buccale.*

Ces tumeurs se développent à la face interne des joues, de 20 à 60 ans, chez l'homme et chez la femme. On les rencontre aussi sur la voûte palatine. Leur volume, très variable, oscille entre celui d'un petit pois et celui d'un œuf de poule. Arrondies, lobulées, quelquefois présentant des points fluctuants, elles sont recouvertes par la muqueuse intacte qui passe au-dessus d'elles, mais ne leur adhère pas. Il n'y a pas non plus d'adhérences avec les parties profondes, et il s'ensuit que l'énucléation de ces tumeurs est facile.

Le développement est très lent; il n'y a pas d'ulcérations et l'apparition d'engorgements ganglionnaires est très rare.

C'est Nélaton qui, le premier, signala ces tumeurs et les décrivit sous le nom d'hypertrophies glandulaires. Velpeau, Marjolin, Laugier en ont aussi parlé en leur attribuant le nom d'adénome; elles ont été ensuite étudiées par Richard, par Verneuil, Coyne, M. Desprès en a montré un exemple à la Société en le désignant sous le nom d'adénome kystique. Il faut encore citer la thèse de Fonnegra, de 1882, qui établit qu'il s'agissait d'un épithéliome glandulaire. Un certain nombre de noms divers ont été donnés à ces productions par les différents auteurs, et on les a appelées myxomes, gliomes, sarcomes glandulaires, adénomes, l'élément épithélial étant négligé.

Pour M. de Larabrie, l'épithélium existe toujours dans les tumeurs qu'il décrit, mais il est associé à d'autres tissus, et il s'agit en réalité de tumeurs mixtes. La trame est loin d'être toujours la même dans les différents cas; tantôt on y rencontre du tissu cartilagineux, tantôt du tissu élastique, du tissu fibreux, du tissu myxomateux. Dans d'autres cas, comme celui de M. Desprès, on rencontre des cavités kystiques. On devra donc, d'après la nature du tissu prédominant, appeler la tumeur épithéliome à trame fibreuse, chondromateuse, sarcomateuse, myxomateuse.

L'enkystement est fréquent, et il en résulte une sorte de bénignité relative; cette bénignité n'est que relative, car on a vu l'ablation être suivie de récidive et, de plus, dans un cas de M. Heurtaux (de Nantes), il y eut après l'opération production d'un engorgement ganglionnaire considérable. Cependant il arrive assez souvent que, tandis que l'épithélium prédomine dans les tumeurs jeunes, il est plus tard remplacé par un élément conjonctif quelconque; c'est là une évolution favorable. D'autres fois, au contraire, les éléments cellulaires rompent la barrière conjonctive et la marche devient menaçante.

L'épithélium lui-même peut affecter différentes formes. Pour M. de Larabrie, l'adénome vrai, simple hyperplasie, est fort rare; l'épithéliome typique, dans lequel la forme de la cellule est conservée comme dans le cancroïde, est plus fréquent; l'épithéliome métatypique (cancer ou carcinome) est encore assez commun, et cette constatation doit toujours faire réserver le pronostic.

L'évolution de ces tumeurs, leur marche primitivement lente, la facilité de l'énucléation au moins au début, la possibilité de la transformation tardive en tumeur maligne, imposent l'ablation précoce.

Le mémoire de M. Larabrie s'appuie sur seize observations personnelles complétées par des examens histologiques.

M. Verneuil, dans l'observation qu'a rappelée M. Monod, ainsi que dans de nombreux faits qu'il a eu occasion de relever depuis et qui sont consignés dans les *Bulletins de la Société anatomique*, s'est assuré que les tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais étaient loin d'offrir toujours la même composition anatomique. Il s'agit tantôt de fibromes et d'adéno-fibromes, tantôt de myxomes et d'adéno-myxomes, etc. Cependant M. Verneuil, dans cette région, n'a jamais observé de carcinome, tandis que cette espèce de tumeur se voit très fréquemment à la face interne des joues.

Il est bien connu que les tumeurs bénignes peuvent devenir malignes, et on doit

s'expliquer ce fait par la transformation du tissu, ainsi que le dit Ricard dans sa thèse. Ainsi que M. Verneuil a eu occasion de le constater récemment, quand on fait l'énucléation d'une tumeur de voile du palais, on laisse la coque fibreuse intacte; il a opéré ainsi une tumeur fibro-glandulaire récidivée sous forme de sarcome. Il faut, après l'énucléation, cautériser énergiquement le point d'implantation.

Pour M. Quénu, la théorie de la transformation du tissu n'explique pas tous les faits de remplacement d'une tumeur bénigne par une production maligne. Des tumeurs adénoïdes du rein peuvent récidiver en sarcome parce qu'on enlève l'épithélium en laissant le tissu conjonctif; l'épithélium peut se produire quand on n'a pas enlevé tous les éléments épithéliaux lors de la première intervention. Il est encore très simple de supposer que certaines tumeurs mixtes contiennent, dès le début de leur évolution, des tissus très variés, et que, plus tard, un de ces tissus prédomine et se développe aux dépens des autres en donnant au néoplasme une allure spéciale.

M. Desprès laisse le point de vue histologique de côté. Cependant, dans le cas qui lui est personnel et dont on a déjà parlé, cas qui remonte à 1874, il a enlevé une tumeur dont le diagnostic clinique était adénome, tandis qu'après l'examen histologique on admit qu'il s'agissait d'un sarcome. Il n'y a pas eu de récidive, et actuellement l'opérée est toujours guérie et bien portante.

M. Monod reconnaît que l'histologie et la clinique ne sont pas toujours d'accord; elles peuvent cependant se rendre des services réciproques, et le microscope est utile pour le diagnostic de certaines tumeurs.

M. Berger montre un enfant qui était atteint de *double pied-bot varus équin congénital* avec enroulement du pied, et chez lequel les appareils ne pouvaient amener la guérison. Il a pratiqué l'extirpation de l'astragale et la résection cunéiforme de la grande apophyse du calcanéum avec section de l'aponévrose plantaire. Les deux pieds ont été opérés à un mois d'intervalle, et l'on peut voir que l'enfant marche bien et que le résultat est excellent. Dans les cas de ce genre, M. Berger ne pratique plus le drainage, mais fait des sutures perdues au catgut.

M. Le Fort félicite M. Berger de son succès, qui est loin de s'observer dans tous les cas analogues. Il ne croit pas que l'opération qu'il a faite convienne généralement, car la section de l'aponévrose plantaire combinée avec une application longtemps continuée d'appareils judicieux suffit souvent pour guérir. Il applique fréquemment un double appareil : l'un, en silicate de potasse, est appliqué directement sur le membre; l'autre, plâtré, amovible, est placé sur le premier. Il sert à empêcher le second de se déformer avant sa solidification.

M. Terrillon a fait sur un enfant la même opération avec succès ; il a opéré le second pied huit jours après le premier.

M. Humbert a l'intention de montrer prochainement à la Société le moulage d'un pied sur lequel il a pratiqué aussi l'ablation de l'astragale et celle d'une partie du calcanéum. Le succès a été complet.

M. Berger n'est intervenu qu'après l'échec des appareils et n'a pu rapprocher l'intervalle des deux opérations.

— M. Tillaux présente un malade qui a reçu, en juillet 1888, une balle de pistolet au niveau de la région carotidienne gauche ; à ce moment, il fut impossible de retrouver la balle. Bientôt apparurent les signes d'un anévrysme artérioso-veineux qui existe, sans doute, entre la veine jugulaire interne et la carotide. Les souffrances du malade sont telles, qu'il désire être opéré. M. Tillaux demande ce qu'il faut faire.

Pour M. Le Fort, la ligature de la carotide, qui expose aux accidents cérébraux que l'on connaît, n'assure pas la guérison ; il peut affirmer le fait, étant donné qu'il a observé un grand nombre de cas d'anévrysmes artérioso-veineux. Il est remarquable que les accidents cérébraux ne se produisent pas lorsque la ligature est faite en vue de remédier aux tumeurs pulsatiles de l'orbite. Le malade de Tillaux devrait tâcher de

s'habituer au bruit et au souffle qui le tourmente. En tout cas, si l'on se décidait à intervenir, il faudrait tenter d'abord d'abord la compression digitale.

M. Trélat admet aussi que la cure des anévrysmes artérioso-veineux par la méthode d'Anel ou de Hunter ne donne guère de succès ; de plus, quand il s'agit d'anévrysmes du cou, elle donne fréquemment naissance à des accidents cérébraux. Le traitement par la compression digitale n'est utile que pour les anévrysmes récents ; quand ils datent de plus de quelques semaines, la méthode échoue presque toujours.

Quant à ce qui est du malade de M. Tillaux, actuellement, comme il n'y a pas urgence, M. Trélat n'interviendrait pas. Plus tard, il est probable qu'il faudra se décider à faire une opération quelconque. Alors il conseillerait la ligature de tous les vaisseaux afférents et efférents de l'anévrysme, quel que soit leur nombre.

M. Berger partage absolument l'avis de M. Trélat.

M. Le Fort, comparant les anévrysmes artérioso-veineux des membres à ceux du cou, trouve que, tandis que, pour les premiers, la ligature peut donner de bons résultats, elle est souvent suivie, pour les seconds, d'accidents graves. Il faut donc ne pas opérer tant que les accidents qu'entraîne la tumeur, permettent la vie. Les caillots qui se forment sont très importants dans la pathogénie des complications.

Pour M. Quénu, au contraire, il y a moins à craindre, au moins théoriquement, les accidents cérébraux après la ligature des anévrysmes artérioso-veineux qu'après celle des anévrysmes artériels, puisque, dans le premier cas, la pression artérielle est déjà très diminuée.

M. Desprès conseille de ne pas intervenir dans le cas de M. Tillaux, qui conclut que des accidents graves doivent seuls forcer à opérer.

VARIÉTÉS

UN TÉMOIN DES AGES ANTIQUES A LUTÈCE.

Découverte d'une voirie romaine.

Les causes principales des inégalités du sol parisien sont les travaux de fortifications successivement exécutés pour défendre la ville contre l'eunemi du dehors, et l'usage fort ancien d'entasser les immondices, les ordures ménagères et les gravois à proximité des habitations.

Ces dépôts, d'abord placés extra-muros, se trouvèrent dans l'intérieur de Paris par suite de l'agrandissement de ses enceintes fortifiées. On nommait *voirie*, *monticule*, *butte*, *monceau*, *motte*, etc., ces amas si riches en souvenirs archéologiques et qui sont pour nous autant de témoins certains du périmètre de l'antique Lutèce. Les plus élevés et, par cela même, les plus connus étaient : le *Monceau Saint-Gervais* ; la butte Saint-Roch, qui sous Louis XIV montrait encore à son sommet quelques moulins à vent (celle-ci, entamée en 1667, fut rasée définitivement pour livrer passage à l'avenue de l'Opéra et à la rue des Pyramides); la butte de Bonne-Nouvelle ou de Villeneuve-des-Gravois, située non loin de la porte Saint-Denis.

A l'extrémité orientale de la Cité existait un monticule qu'on nommait le *Terrail*, le *Terrain*, ou encore *la Motte aux Papelards*, parce qu'elle était la propriété des chanoines de Notre-Dame.

Un monceau s'élevait aussi sur l'emplacement de la rue Mazarine, le long du fossé de Nesles; un autre était situé à l'endroit où se trouve la rue Peronnet, ancienne rue Saint-Guillaume, qui s'était appelée déjà la *rue de la Butte*. Enfin, un dépôt bien connu depuis quelques siècles, autrefois nommé *la Butte des Coupeaux* ou *Copeaux* et qui a donné son nom à un petit pont placé sur la Bièvre, existe encore de nos jours dans son entier; nous la voyons figurer sur les anciens plans de Paris surmontée d'un moulin à vent. Cette élévation est depuis longtemps devenue un des ornements du Jardin des Plantes,

où on la connaît sous le nom de *Labyrinthe.* Sa hauteur au-dessus du niveau de la Seine est de trente à trente-cinq mètres.

Les quelques monticules que nous venons de nommer s'élevaient souvent plus haut que les murailles de Paris; aussi, dans une assemblée tenue en 1512, il fut décidé qu'on abattrait ces buttes et qu'il serait ordonné aux habitants de déposer les gravois dans des lieux plus éloignés de la ville.

Après avoir dit quelques mots sur ces importants dépôts, rappelons que d'autres amas moins grands se trouvaient aussi près des habitations de l'époque gallo-romaine.

Ceux-ci ont conservé dans un terrain noirâtre toutes sortes d'objets pouvant nous fournir de précieux renseignements sur la vie domestique de ce temps.

Le premier de ces monceaux, reconnu et exploré par nous il y a quelques années, était situé rue du Cardinal-Lemoine, en face de la rue Clovis; il contenait des débris sur lesquels différents articles ont été publiés par la presse parisienne à cette époque.

Nos dernières recherches nous ont mis en présence d'un autre monticule ignoré jusqu'à ce jour. C'est celui que nous avons étudié pendant plus de six mois et qui va faire l'objet de cette notice.

Il était situé à l'extrémité méridionale de la butte Sainte-Geneviève (*Mons Lucotitius* des *Latins*), à l'angle formé par les rues Gay-Lussac et Royer-Collard, où on le voyait encore il y a quelques mois dépassant de huit mètres environ le niveau actuel des rues désignées plus haut et allant jusqu'à deux mètres au-dessous du pavé de la rue Legoff.

Ce tertre, véritable musée archéologique, remontait certainement au commencement de l'époque gallo-romaine et prenait fin au XVIIe siècle, ainsi que nous allons le prouver par l'étude des couches successives dont chacune représente une période bien connue de notre histoire.

Suivant l'inclinaison des couches diverses, nous constatons d'abord que l'entrée de la décharge ou voirie était située au midi. La couche supérieure en terre végétale mesurait 55 centimètres d'épaisseur; celle qui suivait était composée d'une sorte de terre à four mêlée de silice, de sable grossier, de tessons d'aiguières, de plats, de fourneaux, etc., en terre émaillée, appartenant aux XVIe et XVIIe siècles. Cela formait un amas de 2 mètres 40 d'épaisseur. Le remblai avait été bien supérieur, pendant une période de deux siècles, à celui de toute l'époque païenne; celui-ci ne mesurait que 1 mètre 70.

Les XIV, XV et XVIe siècles étaient représentés par un dépôt noirâtre de 70 centimètres auquel se mêlaient des fragments de pichets d'une contenance de 50 centilitres à 2 litres, en terre recouverte d'un vernis jaune plombifère et de petits reliefs décorant la circonférence et le col du vase.

Moins profondément dans le remblai se trouvait une petite marmite à deux anses, d'une contenance de 10 centilitres, en terre cuite à une haute température, qui n'est autre chose qu'un jouet d'enfant.

La céramique pharmaceutique figure ici en grande quantité; ce sont de petits pots de grès à col évasé, de toutes les grandeurs, dans lesquels les pharmaciens des XVe et XVIe siècles servaient à leurs clients les électuaires, pommades ou onguents dont on faisait un fréquent usage à cette époque. De petites bouteilles en terre cuite à goulot étroit, en forme de guttus, devaient contenir les préparations liquides du pharmacien. Ces poteries étaient confectionnées avec une argile grasse et plastique qui offre les couleurs les plus variées, très commune dans le département de la Seine, et qui est naturellement mêlée de silice; cuite, elle devient d'une solidité extrême, au point de produire des étincelles au choc de l'acier, de résister au burin le mieux trempé et d'être inattaquable par l'acide nitrique.

Tous ces récipients sortent des mains des maîtres potiers du *bon vieux temps*, des maîtres ou compagnons qui seuls pouvaient fabriquer pour leur compte. Ils datent de cette époque de rivalités et de haines qui ensanglantèrent si souvent les rues de Paris; où l'on vit des corporations se disputer entre elles, avec le plus grand acharnement, la fabrication d'un objet, l'une parce qu'il y entrait du plomb ou de l'étain, l'autre parce que le corps de l'objet était en terre cuite; de cette époque enfin où l'apprentissage du potier était de *dix années* et le compagnonnage de *trois*, où le brevet coûtait 36 livres

et la maitrise 500 avec chef-d'œuvre. On comprend que cette qualité de maître devenait inaccessible aux pauvres.

D'autre part, on limitait le nombre des apprentis, et l'entrée dans la communauté était une faveur qu'il fallait acheter et qu'on réservait le plus souvent aux fils de compagnons. Les maîtrises, accordées d'abord pour constater la capacité, dégénérèrent en privilèges usuraires et envahisseurs; les fils des maîtres héritaient du titre de leur père, sans passer par les épreuves que subissaient les apprentis.

Les règlements fixaient scrupuleusement les dimensions des objets et jusqu'aux procédés de fabrication. Comme on le voit, tout n'était que gêne et entraves pour l'artisan et, par conséquent, pour le progrès de l'art industriel.

Cette coutume explique pourquoi pendant plus de 200 ans la petite poterie pharmaceutique des xve et xvie siècles a conservé son type lourd, unique dans sa forme et constant dans la préparation de la terre qui le compose. (*A suivre.*)

FORMULAIRE

Lotions contre le prurit vulvaire. — De Sinéty.

1°	Chlorhydrate de morphine	0 gr. 50 centigr.
	Borate de soude	10 grammes.
	Eau chloroformée saturée	500 —

Faites dissoudre.

2°	Bichlorure d'hydrargyre	0 gr. 30 centigr.
	Alun	20 grammes.
	Glycérine pure	100 —
	Eau distillée	300 —

Faites dissoudre. — On imbibe des compresses avec l'une ou l'autre de ces solutions très chaudes, afin de calmer le prurit vulvaire des femmes atteintes de métrite parenchymateuse. — On peut aussi employer le nitrate d'argent, soit en passant légèrement le crayon sur la région qui est le siège de la démangeaison, soit en se servant d'une solution au vingtième, appliquée au moyen d'un pinceau. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 15 janvier 1890, M. le docteur Philippi a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Dans sa séance du 1? janvier 1890, la Société de chirurgie a nommé : correspondants nationaux, MM. Badal (de Bordeaux), Chavasse (armée), Duret (de Lille), Massé (de Bordeaux) et Tachard (armée); — correspondants étrangers, MM. Roux (de Lausanne), Pereira-Guimaraès (de Rio-Janeiro) et Wolfler (de Vienne).

Nécrologie. — Nous recevons une nouvelle aussi douloureuse qu'inattendue. Daniel Mollière (de Lyon) est mort hier. Nous ignorons encore la cause de ce triste évènement, qui laissera bien des regrets à tous ceux qui connaissaient le jeune chirurgien lyonnais et qui estimaient ces travaux.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Des méningites microbiennes

M. le docteur Adenot vient de soutenir sur ce sujet, à Lyon, une thèse des plus intéressantes où il a réuni et discuté tous les travaux publiés depuis la diffusion des doctrines microbiologiques sur la pathogénie des méningites. Nous allons résumer l'état de la question en prenant surtout comme guide ce remarquable travail qui fait le plus grand honneur à l'école lyonnaise.

I

C'est en 1875 que Klebs trouva pour la première fois, à l'autopsie, les diplocoques de la pneumonie dans les ventricules cérébraux de malades, morts de cette maladie. Vint ensuite Eberth, qui fit la même constatation d'une manière plus complète. Un peu plus tard, ce furent Leyden, Leichtenstein qui purent étudier et cultiver des microbes recueillis dans des cas de méningite cérébro-spinale. Puis les travaux se multiplient, et il faut citer ceux de Senger, de Fraenkel, Fox et Bordoni-Uffreduzzi, Weichselbaum, qui s'occupèrent surtout des méningites pneumoniques. Le mémoire de Netter, sur la méningite due au pneumocoque avec ou sans pneumonie a été publié en 1888, et, depuis, le même auteur a fait de nombreuses communications sur le même sujet aux Sociétés savantes. Il faut encore citer, relativement aux méningites à coccus, les travaux de Goldsmith, Ortmann, Hauser, Bonome, etc.

En dehors des méningites tuberculeuses, il existe d'autres méningites bacillaires, beaucoup plus rares, qui semblent dépendre d'un bacille analogue à celui de la fièvre typhoïde. Les observations ont été recueillies par Neumann et Schœffer, Roux, Adenot.

II

Méningites coccienne. — A. *Méningites pneumococciennes.* — On sait que l'on a décrit deux microbes de la pneumonie. L'un porte le nom de Talamon et de Frænkel et affecte la forme lancéolée ou en grain d'orge; il est entouré d'une capsule et se dispose habituellement en diplocoques et quelquefois en chaînette de quelques éléments. Il avait été décrit, dès 1881, par M. Pasteur, qui l'avait trouvé dans la salive d'un enfant mort de la rage. L'autre microbe a été découvert en 1881 par Friedlander; il est aussi capsulé et se présente sous l'apparence d'un coccus ellipsoïde donnant sur la gélatine une culture en forme de clou. Les deux espèces de microbes se distinguent encore par des différence dans le mode de culture.

La valeur pathologique du microbe de Friedlander est douteuse, bien qu'il semble pouvoir déterminer des méningites; cependant, malgré des observations de Babès, Netter, le fait doit encore être regardé comme discutable. En réalité, presque toujours les méningites pneumoniques seraient dues au diplococcus de Talamon et Frænkel.

Quand la méningite suit ou accompagne la pneumonie, on y retrouve ce coccus. A l'autopsie, on constate (Netter) que la surface des hémisphères est couverte d'un exsudat jaune verdâtre qui fait corps avec la pie-mère et dont la consistance est molle et fibrineuse. Souvent, postérieurement à la méningite, l'on releva l'apparition d'une endocardite de même nature. La détermination méningée peut être latente ou bien affecter les formes méningitique ou apoplectique, sur lesquelles nous n'insisterons pas, les ayant décrites ici-même. La méningite peut apparaître pendant la fièvre pneumonique, avant la localisation pulmonaire, ou enfin après la défervescence; peut-être la guérison est-elle possible.

L'inoculation du *diplococcus lanceolatus* de Frænkel introduit sous la dure-mère reproduit la méningite.

Les pneumocoques peuvent arriver directement à l'encéphale sans venir du poumon. Il s'en suit que la méningite pneumococcienne peut exister sans pneumonie (Netter, Leyden, Senger, Fox et Bordoni-Uffreduzzi). Netter a rencontré le pneumocoque dans le pus d'une méningite survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. On peut admettre aussi qu'il doit exister souvent dans les méningites compliquant les endocardites. Weichselbaum, en 1887, a observé deux cas de méningite cérébro-spinale sans pneumonie causés par le *diplococcus pneumoniæ*. Il a pu, en inoculant ses cultures, reproduire chez les lapins des méningites expérimentales. Renvers a publié l'histoire d'une méningite cérébro-spinale primitive avec pneumocoque de Frænkel accompagné d'autres micro-organismes ; il s'agit de ces méningites mixtes dont il sera question plus loin. Monti a vu trois cas de méningite cérébro-spinale avec diplocope de Frænkel isolé et un cas où il existait en même temps que le *staphylococcus pyogenes aureus*. Citons encore un cas de Bozzolo, un autre de Tizzoni et S. Mircoli. La méningite à pneumocoque sans pneumonie est démontrée, et Netter a pu dire à la Société clinique : « Aujourd'hui nous sommes en possession de vingt-cinq cas sur lesquels seize fois il s'agissait de pneumocoques. Retranchons six cas dans lesquels la méningite accompagnait la pneumonie, le pneumocoque reste encore en cause dans plus de la moitié de nos cas (dix fois sur dix-neuf.) »

B. *Méningites dues au microbe de Weichselbaum. Micrococcus intra-cellularis meningitidis.* — Ce microbe a été rencontré par l'auteur qui l'a découvert dans six cas de méningite cérébro-spinale. Il se présente sous la forme de coccus arrondis, souvent disposés en diplocoques, et a comme particularité de se rencontrer sur les coupes du cerveau et de la moelle, dans l'intérieur des cellules. Il se développe surtout sur agar agar et sur plaques de gélatine, à la température de 35°, et les cultures ont une virulence qui disparaît rapidement. En inoculant le microbe sous la dure-mère de chiens, Weichselbaum a provoqué des pachyméningites avec encéphalite aiguë; mais, dans un seul de ces cas, il a pu retrouver le microbe. Les cellules du pus les renferment aussi.

Quand on dépouille les observations de Weichselbaum, on voit que ses malades présentaient des affections diverses : bronchite bilatérale, inflam-

mation des fosses nasales, pneumonie lobulaire, etc. Il est donc probable que son microbe a plusieurs voies d'introduction.

C. *Méningites dues aux microbes de la suppuration.* — Elles sont sous la dépendance du streptocoque et du staphylocoque. Habituellement ces microbes sont réunis à d'autres espèces et il semble souvent que leur pénétration jusqu'aux méninges n'est qu'un phénomène secondaire.

Krauss a le premier signalé la présence des streptocoques dans une méningite suppurée. Dans son cas on trouvait dans l'exsudat méningitique beaucoup de cellules lymphatiques et de nombreux amas de microcoques disposés en foyers arrondis ou en bandes avec des diverticules. L'enfant, sujet de l'observation, avait en même temps une arthrite purulente de la hanche, ouverte, dont le pus contenait les mêmes coccus en chaînette. Netter a vu une méningite consécutive à une pneumonie suppurée renfermer le streptocoque; un petit foyer de pus placé sous la plèvre contenait le même microbe. L'exsudat, et l'auteur insiste beaucoup sur ce point, était jaune ambré, liquide, ne ressemblant pas du tout à celui de la méningite pneumonique; il s'agissait probablement d'une méningite par pyoémie, forme très rare dans la pneumonie. En effet, il s'agirait dans ces cas, pour Frænkel surtout, de broncho-pneumonie aiguë.

Dans un cas de méningite suppurée de Netter, l'inoculation des méninges a eu lieu par inoculation directe à la suite d'une otite : « la goutte de pus siégeant à l'origine du conduit auditif interne indique le trajet suivi par les agents pathogènes ». Ces observations sont, du reste, loin d'être rares.

Les inflammations des méninges dues exclusivement au staphylococcus doivent être extrêmement rares. Le seul cas connu appartient à M. Galippe (*Journal des conn. méd.*, 1889), et a été observé sur un malade atteint d'abcès provenant de l'inclusion d'une dent de sagesse.

III

Méningites bacillaires. — La méningite tuberculeuse en forme le type; nous n'avons pas à les décrire ici.

En 1887, Neumann et Schaeffer décrivirent les premiers une méningite bacillaire causée par un bacille autre que celui de la tuberculose. Pour eux, « ce microbe présente de l'analogie avec le bacille typhique. Cette analogie est telle, qu'il pourrait y avoir confusion, et il est intéressant d'étudier les signes différentiels de ces deux bacilles. La plus grande différence est celle qui ressort de la comparaison dans l'action pathogène vis-à-vis de l'homme. Jamais le bacille typhique ne produit de pus; jamais, dans les inoculations expérimentales, il ne produit de réaction inflammatoire locale, tandis que nous en avons toujours trouvé avec notre bacille ». En somme, les auteurs concluent qu'ils n'ont pas eu affaire au bacille d'Eberth.

Le caractère non pyogène du bacille d'Eberth n'est pas suffisant pour appuyer cette conclusion. Il existe, en effet, deux observations de G. Roux (de Lyon) qui se rapportent : 1° à un cas de périméningite spinale suppurée; 2° à une méningite cérébro-spinale sporadique, et dans lesquelles on trouva un bacille analogue à celui de la fièvre typhoïde. Il y avait, il est vrai, des différences, puisque, dans un cas, ce bacille liquéfiait la gélatine, et que, dans l'autre, le bacille était plus long et plus gros, et présentait dans chaque article deux ou trois espaces clairs après coloration avec les cou-

leurs d'aniline, et que, de plus, la mobilité était diminuée et disparaissait même dans les longs filaments. On avait trouvé dans cette seconde observation de la tuméfaction de la rate et une congestion intense avec une série d'ulcérations non réparées des follicules clos de l'iléon et des plaques de Peyer. M. le docteur Roux, à la suite de ces recherches, s'est demandé « s'il n'existerait pas, correspondant au groupe clinique des maladies typhoïdes, un groupe taxonomique des microbes typhoïdigènes bien séparés les uns des autres spécifiquement, ou pouvant même, dans des conditions à déterminer, se transformer les uns dans les autres ».

M. Netter a trouvé une fois, dans une méningite, un bacille court très mobile qu'il rapproche de celui de Neumann et Schaeffer.

Adenot a, dans une observation personnelle, recueilli un bacille se rapprochant plus de celui d'Eberth que dans le cas de Roux. « En admettant qu'il s'agisse du bacille typhique, dit-il, comment expliquer cette localisation inattendue? Nous l'avons mis sur le compte d'une véritable infériorité du système nerveux. Cette femme était une cérébrale, n'ayant pas, il est vrai, de lésions anatomiques des centres, mais des lésions dynamiques (hystérie). L'intoxication a été suraiguë; si elle avait été moins intense, elle aurait abouti peut-être à une localisation intestinale sur les plaques de Peyer et les ganglions mésentériques, en somme, à une dothiénentérie banale. » Par trépanation, Adenot a pu reproduire des méningites.

Maintenant, son bacille était-il celui de la fièvre typhoïde? Voici d'abord les caractères de ce dernier, d'après Chantemesse et Widal : petit bâtonnet, arrondi aux extrémités, d'une longueur de 2 à 3 μ et parfois plus long que large, — non seulement mobile dans le champ du microscope, mais encore présentant un mouvement tout particulier d'oscillation sur lui-même, — ne se colorant pas par la méthode de Gram. Coloré, c'est tantôt un bâtonnet plein, tantôt un filament (cultures anciennes), tantôt un bacille coloré à ses deux extrémités et dont le milieu reste clair. C'est la culture sur pomme de terre qui est la plus caractéristique. « C'est le critérium le plus sûr pour le développement du bacille. Il y prospère et se multiplie, mais sans culture apparente à l'œil nu; à peine aperçoit-on au bout de quelques jours, sur la strie d'inoculation, une traînée humide, et souvent la tranche doit être examinée sous un certain angle d'incidence pour que l'on puisse déceler la présence d'une culture. Lorsque la pomme de terre est très humide, on distingue sur sa tranche, au point d'ensemencement, une légère boursouflure dont l'aspect rappelle assez bien la surface glacée de certains gâteaux. Cette apparence est parfois si légère, qu'elle peut passer inaperçue pour un œil inexpérimenté : elle est d'ailleurs beaucoup plus rare que la première. »

Le bacille de M. Adenot présentait des caractères morphologiques se rapprochant beaucoup de celui d'Eberth; il en différait surtout par les apparences de la culture sur pomme de terre, qui donnait presque toujours des colonies en couches assez épaisses, légèrement brunâtres. Chez le chien et chez le lapin, Adenot a obtenu du pus par l'inoculation sous-dure-mérienne, tandis que Chantemesse et Widal regardent le bacille typhique comme non pyogène; nous avons déjà, du reste, insisté sur ces divergences.

Malgré ces quelques différences, si l'on prend en considération les observations de Girode, de Chantemesse et Widal, qui ont trouvé le bacille typhique dans le liquide céphalo-rachidien de dothiénentériques morts

sans méningite, on pourra conclure qu'en réalité, le bacille d'Eberth peut causer l'inflammation des méninges.

Mentionnons enfin quelques méningites à bacilles non classés signalées par Netter et Bonome.

IV

Méningites mixtes. — Presque toujours, le microbe que l'on trouve dans certains cas, concurremment avec celui de la pneumonie, est le microbe de la suppuration.

Pour Monti, les méningites mixtes dépendent d'une infection secondaire qui se produit à une époque où il y a déjà de la méningite. En injectant le *diplococcus lanceolatus* de Frænkel sous la dure-mère et le *staphylococcus pyogenes aureus* dans le sang, il a obtenu une infection mixte lorsque la méningite était déjà apparue.

G. Roux, dans un cas de périméningite suppurée, a noté à la fois la présence d'un bacille spécial et des *staphylococcus pyogenes aureus* et *albus*.

« Il est fort probable, dit Adenot, que le plus souvent l'infection secondaire par les micro-organismes de la suppuration reconnaît pour point de départ les lésions plus ou moins anciennes où se sont localisées ces *micrococcus*. Dans les méningites primitives ou secondaires à la pneumonie, dans lesquelles on trouve le pneumocoque, il est possible, en outre, de constater la présence des *staphylococcus* et des *streptococcus* qui étaient cantonnés dans le poumon depuis un temps variable. »

Dans un cas, Netter a injecté à des souris, dans la plèvre, des pneumocoques provenant des exsudats d'une méningite survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde. Une fois, la lésion pulmonaire ne contenait que le pneumocoque; mais, une autre fois, elle renfermait ce microbe associé à des streptocoques et des staphylocoques; ces derniers étaient venus compliquer la pneumonie expérimentale, comme ils compliquent parfois la pneumonie de l'homme.

Ces considérations sont de tous points applicables aux méningites mixtes.

V

Les méningites primitives doivent être considérées comme très rares; cependant il faut admettre leur existence en y comprenant celles qui *paraissent* primitives, et en se rappelant que bien souvent une recherche attentive permettra de retrouver, à l'autopsie, le foyer initial de l'infection. C'est ainsi que, presque toujours, chez l'enfant atteint de méningite tuberculeuse, on trouve des ganglions caséeux à l'autopsie.

La méningite secondaire se développe consécutivement à une autre maladie microbienne et succède tantôt à une lésion des cavités voisines de l'encéphale, tantôt à la généralisation d'une maladie infectieuse; le type de cette dernière variété est la méningite pneumonique. Dans ce dernier cas, la méningite peut être pyémique, mais cela doit être regardé comme exceptionnel, puisque Netter, sur 120 cas de méningite, n'a trouvé que dix-sept fois une suppuration du poumon, soit 14,17 p. 100. La méningite pneumococcienne peut être primitive absolument ou secondaire à d'autres maladies générales. La méningite de la fièvre typhoïde est déterminée par des microbes variés, très rarement par le bacille d'Eberth, nous l'avons vu; plus souvent par le pneumocoque.

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de soupçonner la nature du microbe qui cause une méningite d'après les symptômes de la maladie. Tout au plus peut-on dire avec Netter que la méningite à pneumocoques est relativement bénigne.

Certaines lésions anatomiques constatées *post-mortem* peuvent être utiles pour arriver à établir la nature de la méningite. C'est ainsi que l'exsudat purulent de la méningite pneumococcienne dont nous avons décrit plus haut la disposition diffère beaucoup du pus crémeux facile à enlever, que l'on rencontre dans la carie du rocher, aussi bien que de l'exsudat grisâtre et lardacé de la méningite tuberculeuse.

La méningite cérébro-spinale constitue une forme à part. On doit se demander si elle est toujours dans la dépendance de la même espèce microbienne ou dépend de plusieurs espèces. C'est la multiplicité des causes que l'on doit admettre. Très souvent il s'agit du pneumocoque, que la maladie soit épidémique ou sporadique. Dans d'autres faits, la méningite se développe dans le typhus, le rhumatisme, l'érythème noueux.

Netter et Adenot ont divisé les voies suivies par les microbes pour arriver aux méninges en deux grandes catégories :

1° Méningite métastatique ou par infection générale.

2° Méningite directe.

Les méningites *métastatiques* sont les plus fréquentes. Tantôt il y a simple localisation du microbe de la maladie infectieuse sur les méninges, tantôt le germe étranger profite d'une voie ouverte ou du terrain préparé pour produire les accidents méningitiques secondaires. Le sang renferme le microbe de la pneumonie, il s'ensuit donc que c'est par la voie sanguine qu'a lieu l'infection dans ce cas ; mais la présence du microbe dans les vaisseaux de l'encéphale ne suffit pas à produire la méningite et le *locus minoris résistentiæ* a là, comme ailleurs, une grande importance. Netter a provoqué une méningite en inoculant des pneumocoques dans le poumon après avoir traumatisé légèrement le cerveau. Le bacille d'Eberth n'a jamais été rencontré dans le sang (Thoinot et Masselin).

Les méninges forment peut-être un lieu d'élection très favorable à la pullulation de certains microbes. Chez des animaux vaccinés contre le sang de rate, les microbes inoculés disparaissent rapidement du poumon et de la rate, mais à la surface de l'encéphale ils peuvent vivre et se développer en produisant une inflammation mortelle (Chauveau). Assez fréquemment, les malades atteints de méningite présentent dans leurs antécédents des lésions des centres nerveux, de l'alcoolisme. Le système digestif joue un grand rôle comme porte d'entrée de l'infection générale et toute brèche qu'il présente peut remplir cette fonction. M. Adenot a recueilli une observation de cancer de l'estomac, compliqué d'abcès sous-hépatique et de méningite suppurée ; il a vu aussi une cholélithiase suppurée avec ictère grave, méningite suppurée métastatique et abcès du cerveau. Signalons encore les méningites consécutives à l'infection puerpérale.

Les méningites par infection directe résultent de la présence des micro-organismes pathogènes dans les cavités supérieures du tube digestif et de l'appareil respiratoire. On y constate le *pneumocoque*, le *streptococcus pyogenes* et on les a retrouvés dans les cavités des os de la face, des tumeurs de l'ethmoïde, des cholestéatomes du rocher. Les espaces lymphatiques de His permettent la communication entre la cavité crânienne et l'extérieur. La voie auriculaire est très importante et permet aux microbes

de pénétrer jusqu'aux méninges, soit par l'intermédiaire de la muqueuse du conduit, soit par celui des sinus veineux, soit enfin par le nerf facial. Gradenigo a trouvé en effet des altérations inflammatoires des troncs nerveux et il est permis de penser que c'est là la voie habituelle de propagation du processus morbide dans les otites. Ces dernières aboutissent alors à la méningite (Netter).

Nous devons nous arrêter là, dans ce court résumé. Il suffira, croyons-nous, à montrer les progrès que la bactériologie a fait faire à l'étude des méningites. Paul CHÉRON.

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS PAR LE MASSAGE.

Le traitement des fractures par le massage a semblé un fort paradoxe lorsqu'il en a été question pour la première fois, car on était habitué depuis des siècles à employer l'immobilisation sous toutes ses formes et la nouvelle méthode en était absolument l'opposé. M. Lucas-Championnière s'en est fait le défenseur et le vulgarisateur, et l'un de ses élèves, M. Emile Cadet, a fait de l'application du massage au traitement des fractures de l'humérus l'objet de sa thèse inaugurale.

M. Cadet rapporte cinq observations recueillies dans le service de M. Lucas-Championnière. Voici le procédé employé : Le malade étant assis sur une chaise, l'opérateur un peu en avant et à côté de lui, on immobilise tout d'abord le bras en le rapprochant contre le corps, si c'est possible, jusqu'au trente ou trente-cinquième jour ; on fait une séance quotidienne de massage suivie d'une séance de mobilisation, ou, si l'on veut, on alterne tous les deux jours. On aura soin, après chaque séance, non pas d'immobiliser le membre, mais de le soutenir par une écharpe.

Le massage et la mobilisation précoce appliqués à la fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus ont pour avantage, d'après M. Cadet, de prévenir l'atrophie et l'ankylose de l'épaule. Ces moyens, dans les observations publiées, n'ont déterminé aucun accident ni du côté de la fracture ni du côté de l'articulation ; en outre, ils abrègent de plus de moitié la durée du traitement.

On peut donc, d'après l'auteur, masser une fracture de l'humérus, et on doit le faire aussitôt après l'accident, sauf pour les cas où l'on doit attendre quelques jours. (Th. de Paris, 20 novembre 1889, n° 14.) Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 janvier. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté envoyé par le docteur Picq;

2° Un mémoire du docteur Magnant sur la contagion de la phthisie;

3° Une lettre de M. Hahn se portant candidat dans la classe des associés libres.

— MM. Bucquoy, Le Roy de Méricourt, Brouardel et G. Sée sont nommés membres de la commission chargée de centraliser les communications relatives à l'épidémie régnante.

— A propos du procès-verbal, M. LABORDE insiste sur cé point que MM. Malassez et Vignal ont les premiers, en 1883, montré la conservation des bacilles dans les crachats

desséchés et indiqué l'importance de la dessication de ces crachats au point de vue de la contagion de la maladie.

M. G. Sée maintient que Koch a dit la même chose dès 1882.

— M. Chauvel lit une note sur une *complication des abcès du foie ouverts à l'extérieur.* Il pose les conclusions suivantes :

1° La carie, l'ostéite chronique d'une ou de plusieurs côtes peuvent se présenter comme complication éloignée d'abcès du foie ouvert à l'extérieur, spontanément ou artificiellement;

2° L'altération osseuse, qui peut s'étendre à une longueur assez considérable des côtes et de leurs cartilages, est le résultat de l'inflammation produite par le contact d'un pus irritant. Elle devient la cause de la transformation de la plaie en un trajet fistuleux indéfiniment persistant;

3° L'indication nette est d'exciser le trajet fistuleux, d'enlever les parties osseuses et cartilagineuses altérées, de gratter les parois de la cavité suppurante et de laisser la perte de substance se combler par bourgeonnement de la profondeur à la superficie;

4° Il peut être nécessaire de réséquer une côte saine pour ouvrir largement le foyer morbide et exciser les os malades. Cette résection, qui seule permet la guérison, n'ajoute rien à la gravité, d'habitude très légère, de l'intervention chirurgicale.

— M. Terrillon raconte l'histoire du malade chez lequel il a fait la gastrostomie, il y a huit mois, pour un *rétrécissement cicatriciel de l'œsophage.* Il est parvenu à oblitérer la fistule et, actuellement, le malade mange comme tout le monde en continuant les cathétérismes.

M. Verneuil, bien que plusieurs de ses collègues aient déjà défendu l'œuvre de la commission de la tuberculose, vient la soutenir à son tour. Deux principales objections ont été faites au travail du rapporteur. On a dit d'abord qu'il répandrait la terreur dans le public. M. Verneuil ne le croit pas et l'on n'a pas plus à cacher le danger de la transmissibilité de la tuberculose que celui de la pyémie, de la pourriture d'hôpital, et autres maladies que la connaissance de leur étiologie a fait disparaître. Le danger existe, il est grand et on peut l'atténuer beaucoup. Le rapport est fait pour le vulgaire qui court au devant de la mort et la sème; on encourrait une grande responsabilité en empêchant la lumière de pénétrer dans les masses profondes du public.

On a ensuite reproché au rapport de multiplier le nombre des causes de contagion, plusieurs d'entre elles n'étant pas bien démontrées. La contagion, a-t-on dit, n'a guère qu'un agent que l'on peut facilement combattre, le crachat; l'air, l'encombrement, les excès, la misère seraient négligeables et il ne faudrait poursuivre que le crachat. Pour M. Verneuil, cette simplification à outrance est inacceptable et dangereuse en prophylaxie, car le public ne connaîtra que le crachat et ne se défendra pas contre les autres causes de contagion. Elles existent cependant, et des blennorrhagies, des contusions du scrotum peuvent entraîner une tuberculose génitale; une tuberculose mammaire peut aussi prendre naissance en dehors de toute contamination possible par les crachats. En réalité, la contamination par ces derniers est relativement peu importante.

La salive des phthisiques est virulente, et, en résumé, l'ennemi entre dans la place par un grand nombre de points qu'il faut lui fermer.

En faisant une hypothèse irréalisable et en supposant que les crachats tuberculeux soient devenus inoffensifs à partir du 21 janvier 1889, les personnes bien portantes ne seront pas à l'abri de la maladie. car il faudrait anéantir en même temps le lait, la viande des animaux tuberculeux, les poussières remplies de microbes, les individus atteints de microbisme latent.

Pour M. Verneuil, l'Académie doit accepter les conclusions de sa commission.

M. Jaccoud a fort malmené ces conclusions et a dit que, si on les votait, la dignité de l'assemblée se trouverait compromise. Ce n'est pas l'avis de l'orateur, qui croit qu'il y a quelque chose à faire pour combattre l'extension de la tuberculose.

Pour M. Colin, les conclusions que l'on présente au vote de l'Académie n'attentent en rien, quoi qu'on ait dit, à la liberté individuelle. Même en ce qui concerne le lait et la

viande, elles ne sont pas trop absolues. Le vote ne peut rabaisser l'autorité de l'Académie, il aurait simplement pu être émis plus tôt. Ecarter l'obligation de ce vote, c'est donner toute liberté aux administrations, dont les unes feront trop et les autres rien. La tuberculose est un danger général qui ne peut être combattu que par des instructions d'ordre général comme seule l'Académie peut en émettre. M. Colin demande en plus que la commission indique les dangers du confinement.

M. le Président propose au vote de l'Académie les deux propositions de MM. Hardy et Jaccoud :

1° Proposition de M. Hardy : Considérant que la connaissance des précautions à prendre contre la propagation de la tuberculose est plus utile pour les médecins que pour toute autre personne, l'Académie, ne jugeant pas à propos de donner de la publicité à la discussion actuelle, passe à l'ordre du jour.

2° Proposition de M. Jaccoud : L'Académie consent-elle à publier une instruction sur la transmissibilité et la prophylaxie de la tuberculose ?

M. Hardy fait remarquer que ces deux propositions sont identiques. Il regrette qu'on ait considéré la sienne comme blessante pour la commission.

M. Villemin pense que l'Académie ne peut infliger à la commission l'affront du rejet en bloc de ses propositions. Un procédé semblable ne se retrouvera dans les annales d'aucune Société savante.

M. Villemin déclare donc, au nom de la Commission et au sien, qu'il retire le rapport.

M. Verneuil fait remarquer qu'en 1871, l'Académie donna la plus grande publicité possible aux instructions contre l'alcoolisme.

M. Trélat insiste sur ce point que personne, en fait, ne s'est élevé contre le fond des opinions de la Commission. Si, malgré cet accord, l'Académie, arrivée au terme de la discussion, votait, comme on le propose, qu'elle ne peut conclure, qu'elle n'a d'autre opinion que celle de ses membres pris isolément, qu'elle ne peut arriver à une opinion commune, le reflet à l'extérieur d'une pareille résolution serait déplorable.

Si on le juge convenable, que l'on dise à la Commission de modifier, de corriger les termes de son travail, mais qu'on ne le rejette pas en bloc ; il ne faut pas donner le regrettable spectacle de l'impuissance académique.

M. Bergeron s'élève contre la question préalable ; il ne croit pas non plus que l'on doive voter toutes les conclusions de la Commission et propose la rédaction suivante :

« La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. Le microbe de la contagion réside dans les poussières qu'engendrent les crachats dességchés des phthisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

Le plus sûr moyen d'empêcher sa contagion consiste donc à détruire ces crachats et le pus, avant leur dessication, par l'eau et par le feu. »

M. Nocard insiste sur le danger du lait.

M. Dujardin-Beaumetz demande que d'abord l'on confirme les pouvoirs de la commission.

M. Jaccoud revient sur ce fait que sa proposition visait surtout la publicité extraordinaire qu'il combat.

Les propositions de M. Bergeron sont renvoyées à la Commission.

M. A. Robin lit un travail de M. Renaut sur la *fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse.* C'est l'œdème qui annule momentanément un rein peu frappé. Il faut, avant tout, viser la décongestion directe par la saignée générale, l'apposition réitérée de sangsues au niveau du triangle de Petit jusqu'à ce que cesse l'urémie.

Il faut élever la tension vasculaire par l'eau, le lait en boissons, par des lavements de 250 gr. d'eau toutes les trois heures, à la suite d'un premier lavement purgatif.

On joint à ces pratiques les inhalations presque continues d'oxygène qu'un large entonnoir de verre amène à la bouche et aux narines.

L'auteur n'applique pas ces prescriptions aux cas d'urémie à forme éclamptique de néphrites chroniques dites parenchymateuses.

VARIÉTÉS

UN TÉMOIN DES AGES ANTIQUES A LUTÈCE

Découverte d'une voirie romaine (1)

Les immondices des XIIe, XIIIe et XIVe siècles ne dépassaient pas 45 centimètres d'épaisseur; elles étaient formées de détritus de cuisine, d'ossements de bœufs, de chèvres, de moutons et de coquilles d'œufs, puis de poteries grossières et de fragments flammulés de traits rouge-ferrugineux disposés verticalement au flanc des vases avec ou sans anses. Ce type caractéristique, employé pour les besoins domestiques, était d'un usage général à Paris et dans les environs, dans les cérémonies funèbres du culte catholique. On le fabriquait au moyen de terres argileuses à peine purifiées par un lavage, dont aucune couverte ni aucun vernis ne cachait la pâte grossière, happant à la langue, et on les perçait aux flancs de petites ouvertures destinées à faciliter la combustion du charbon et de l'encens qui brûlaient dans la fosse près du mort.

Dans cette même couche se sont rencontrés d'autres fragments de poterie flammulée, à longs cols et à bords tréflés (sorte d'œnochoé), ainsi que des morceaux de verres à boire très irisés.

Du XIIe au Ve siècle, le dépôt de 1 m. 30 cent. se composait en grande partie de gravois ne contenant rien de remarquable.

Mais voici l'époque gallo-romaine, représentée par une épaisseur variant de 1 m. 70 à 3 mètres, et qui, on peut le dire, contient une véritable mine de renseignements sur la céramique païenne affectée aux besoins domestiques des Lutéciens.

Dans presque tous les dépôts d'immondices découverts dans le vieux Paris et appartenant au temps de l'occupation romaine, nous remarquons qu'invariablement les morceaux de poterie sont épars dans le remblai. Ici, nous observons le contraire : les poteries sont brisées, mais souvent les fragments se trouvent réunis sur place et permettent la reconstitution de l'objet abandonné sur ce point il y a plus de 1800 ans.

Nous pouvons induire de cette particularité que le périmètre de l'antique dépôt lutécien était couvert de maisons dont les habitants jetaient là les détritus de ménage.

Par la réunion complète de tous ces fragments, on comprend aisément qu'ils n'étaient pas, ainsi que de nos jours, déposés dans la rue et relevés ensuite par des employés chargés du nettoyage de la voie publique. De plus, ce qui semble venir confirmer que des habitations s'élevaient sur ce point, c'est que, au-dessous du remblai gallo-romain, nous découvrons des murailles, des pierres brûlées couvertes de cendres et au milieu desquelles il nous a été donné de recueillir un nombre considérable d'objets : des fragments de bronze en fort mauvais état de conservation, un petit racloir ou *strigile* d'enfant, des perles en pâte émaillée, une petite cuillère de forme sphérique dont l'extrémité manuelle est rompue, une autre cuillère en bronze en fort mauvais état de conservation, type de la *lingua* des Romains, une troisième cuillère en os, type de la précédente ; des boucles munies de leur ardillon ; des os travaillés et tournés ; de beaux débris de poterie en terre sigillée dont un relief nous représente un petit guerrier armé du glaive et du *scutum*, prêt au combat et sortant du même moule que celui qui a été découvert par nous à Saint-Marcel, et absolument semblable à un autre qui figure dans une des vitrines du musée de Cluny ; un petit creuset dont on semble avoir fait un fréquent usage ; un bronze montrant une tête de femme reliée à un corps de poisson, décoré de rinceaux et d'écailles gravés à l'échoppe, et un burin trouvé au milieu de cendres et de morceaux de poterie. Ce bronze a été travaillé et enlevé dans une plaque de métal de 4 millimètres d'epaisseur. La tête, d'une mauvaise exécution, appar-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

tient pourtant à la même époque que la trousse de médecin dont il a été parlé dans un article publié dans ce journal.

La suite de notre fouille devait encore offrir des pièces nationales gauloises très frustes; des monnaies romaines en argent et en bronze à l'effigie d'Auguste, Trajan, Nerva, Faustine, Marc-Aurèle, Antonin, Claude, Tibère, etc.; des déchets de cuisine composés d'ossements de moutons et de sangliers, de coquilles d'œufs, de moules d'eau douce, d'escargots, etc.; un petit *guttus* en verre qui remplissait peut-être l'office de nos compte-gouttes modernes ou de flacon à parfum; le mamelon est placé à la base du petit monument. Nous trouvons une petite fiole, sorte d'*unguentarium* en verre, dont l'ouverture est de 15 millimètres de diamètre, ne mesurant que 5 centimètres de hauteur.

Poursuivant nos recherches au milieu de fragments de briques et de tessons de vases, nous rencontrons une petite statuette de Mercure d'une conservation déplorable. Les membres sont brisés; la tête est coiffée du pétasus, un torques d'argent orne le petit Dieu; les épaules et le haut du bras sont couverts par une chlamys; la hauteur de la statuette devait être de six centimètres. Un grand vaisseau en terre, sorte d'ustensile de cuisine, se rencontre au milieu de gravois, il ne mesure pas moins de un mètre vingt et un centimètres de circonférence; un large bec servait à l'écoulement du liquide. Ainsi que tous les objets trouvés dans la fouille, il est malheureusement en fort mauvais état. Nous recueillons plusieurs goulots en terre rouge et noire, gracieux spécimens de la rare habileté avec laquelle le potier antique savait déjà dessiner les fines moulures décorant l'orifice de grandes amphores dont nous ne pouvons reconstituer la forme. Des fragments en terre sigillée se rencontrent dans un terrain noirâtre, en bordure de la rue Legoff, et présentent des reliefs fort curieux, tels que chasse au cerf et à l'ours, figures nues, fleurs, animaux, etc.; puis une petite lampe monolychne, en terre rouge brique, se trouve au milieu des fragments signalés plus haut; elle est sans anse, décorée d'un disque mouluré, au milieu duquel se voit une femme drapée, mais trop fruste pour être décrite; on remarque un trou par où l'on introduisait la matière combustible; le bec est brisé. Enfin, au milieu de briques de toutes grandeurs, nous rencontrons encore quelques lampes brisées en terre rouge, couvertes d'un vernis noir, très léger, inséparable de la terre malgré un séjour de 1800 ans dans un sol humide. Des fragments sont couverts d'un enduit verdâtre semblable à celui qui recouvre certains vases chrétiens des IVe et Ve siècles, découverts par nous au quartier Saint-Marcel; c'est donc à tort que l'on attribuait l'invention du vernis jaune des poteries à Luca della Robia, sculpteur florentin du XVe siècle, puisque les fouilles de Paris viennent offrir de la poterie païenne et chrétienne recouverte de ce vernis.

Nous rencontrons aussi sur ce point quelques os travaillés, le *stilus* pointu, servant à écrire sur des tablettes. Avec des fragments de bronze, nous trouvons une aiguille en os. Au milieu de cendres et de terres brûlées, se trouvent plusieurs agrafes ou broches (*fibula*) employées pour fixer les différents vêtements des hommes et des femmes; ces agrafes ressemblent à celles qu'on emploie de nos jours; quelques-unes, plus petites, servaient pour attacher des ceintures, des courroies, des harnais et le bandeau (*tænia*) que les femmes portaient autour de la tête afin de maintenir leur chevelure. Une autre, plus précieuse, carrée de forme, était décorée très probablement à chaque angle d'une pierre précieuse; un ardillon, jouant sur une des branches, traversait le centre de la boucle en fixant la courroie et venait, sur une des faces du carré, reposer dans une légère rainure pratiquée exprès.

Une autre, de dimensions plus grandes, semble être un fermoir dont on se servait pour fixer un ceinturon militaire; il est décoré de petits points en relief repoussés.

La dernière agrafe que nous rencontrâmes dans ce dépôt est d'un travail fort beau et d'une grande finesse; elle devait servir à fixer les vêtements tels que la chlamys, le pallium, le sagum, etc.

Auprès de l'agrafe et dans le sable, nous rencontrons un des plus beaux échantillons de la céramique gallo-romaine; la pâte fine est rouge brique mate, d'une plus grande densité et d'une plus grande dureté que celle des poteries que nous attribuons à l'époque du bronze. De petits épis, placés en ornements autour du vase, ont un relief de deux

millimètres. Le vernis qui recouvre cette pâte aux formes si délicates, au dessin si correct et si gracieux, a le ton de l'argent, ce qui donne au vase un reflet métallique admirable ; de plus, il adhère encore complètement à la terre cuite.

Une poterie en terre rouge, très remarquable par les dépressions qu'on voit sur son pourtour et sa forme gracieuse, se rencontre non loin de la poterie précédente.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

NÉCROLOGIE. — Les obsèques de M. le docteur Ferdinand Dreyfous, médecin des hôpitaux, auront lieu jeudi 23 janvier, à midi précis. On se réunira à la maison mortuaire, 9, rue des Capucines. Le convoi se rendra au Père-Lachaise. La famille prie les personnes qui n'auraient pas reçu de lettre de considérer le présent avis comme une invitation.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki recommenceront le lundi 27 janvier un cours théorique et pratique d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles ; il sera complet en trente-six leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 25 janvier 1890. — *Ordre du jour* : 1. Rapport de la commission du prix Duparque. — 2. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les CAPSULES DARTOIS constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

PHTHISIE. L'émulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Traité de médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

42e ANNÉE

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1890

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France, d'Algérie et d'Alsace-Lorraine et des principaux dentistes et sages-femmes recommandés de Paris.

Se trouve aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue Grange-Batelière, 11, ou à l'Administration de l'Annuaire, rue de la Monnaie, 21, Paris. — Prix : 4 francs

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Est-ce la suite de l'influenza? Mais voici la discorde qui s'est emparée de nos assemblées délibérantes, énervées probablement par le microbe qui les a empoisonnées. En tout cas, la Chambre des députés et l'Académie de médecine ont été fort irritables et fort irritées dans ces derniers temps, l'une sous prétexte de boulange et de corruption électorale, l'autre au sujet de la prophylaxie de la tuberculose. Je n'insiste pas sur ce qui s'est passé à la Chambre; on ne me l'a pas donnée à garder; les faits et gestes de l'Académie nous intéressent d'ailleurs plus directement, ainsi que la demande d'invalidation des conclusions présentées par la commission..... On sait de quoi il s'agit.

Si l'entente ne se fait pas au sujet de la question en litige, ce ne sera pas faute d'esprit; M. Jaccoud, dans son réquisitoire, M. Verneuil, dans sa réponse, M. Bergeron et M. Trélat, dans leurs tentatives de conciliation, en ont versé à torrents, mais de différentes sortes.

Les bons arguments en faveur des instructions de la commission n'ont pas manqué non plus. Les exemples cités par M. Verneuil démontrent que les crachats ne sont pas seuls virulents, et que le pus, la salive, les déjec-

FEUILLETON

CAUSERIE

M. Francis Galton, de la Société royale de Londres, président de l'Institut anthropologique de la Grande-Bretagne, poursuit sur les caractères héréditaires de l'individu humain, sur ses variétés, ses ressemblances et ses divergences, des études fort originales.

Il s'est occupé récemment d'un ordre de phénomènes qui se rattache aux moyens recommandés en France par M. Bertillon, pour établir l'identé des individus : l'empreinte laissée par le pouce sur une surface propre à le retenir.

Il n'est presque personne qui n'ait eu dans sa vie l'occasion de faire cette petite observation : un doigt taché d'encre de couleur, de sang, de mine de plomb, laisse sur le papier ou sur le linge une empreinte caractéristique, bien connue des policiers, et qui ne permet pas le moindre doute sur son origine.

M. Galton a remarqué ou signalé le premier que cette empreinte, surtout quand elle est produite par la face palmaire du pouce, est très différente selon les individus, qu'elle est, en effet, absolument individuelle et peut fournir un moyen d'identification presque infaillible.

Ces sillons de l'épiderme, si légers qu'à peine les distingue-t-on à l'œil nu, et qui for-

tions alvines des tuberculeux possèdent des propriétés tout aussi nocives. A quoi serviraient dès lors l'emploi des précautions recommandées pour détruire les crachats chez les malades atteints de tuberculoses locales non pulmonaires? Puisque l'ennemi peut entrer dans la place par plusieurs portes, dirons-nous avec M. Verneuil, pourquoi M. Sée veut-il nous persuader qu'il n'en faut fermer qu'une?

L'Académie a si bien compris cette argumentation que son éminent secrétaire général, M. Bergeron, a fait entrer les dangers du pus dans les deux courtes propositions dans lesquelles il a condensé tout le travail de la commission. Ce n'est pas même dans un sonnet qu'il a fait tenir le poème, car ses propositions ont à peine sept lignes.

Ces deux propositions ayant été renvoyées à la commission, voici tout le travail à recommencer... et la discussion aussi, car lesdites propositions étant muettes sur les dangers du lait, M. Nocard est prêt à remonter à la tribune pour démontrer à nouveau que ces dangers existent.

Quant à l'affichage des instructions, MM. Jaccoud et Trélat, comme MM. Hardy, Trasbot, etc., s'y oppposent. M. Bergeron ne croit pas à leur efficacité; il connaît le sort des instructions rédigées pour réprimer l'abus des boissons alcooliques; elles n'ont pas empêché de consommer l'alcool sous les formes les plus extraordinaires; il en sera de même de celles qu'on se propose de répandre contre la tuberculose; elles n'empêcheront pas les phthisiques de cracher où bon leur semble, peut-être même sur les affiches.

Ce serait bien irrévérencieux, et les phthisiques n'auraient pas l'excuse qu'on admet pour les ivrognes, de ne pas savoir ce qu'ils font; mais il serait plus facile de convertir les populations aux précautions prophylactiques de la tuberculose qu'à celles de l'alcoolisme; elles n'auraient pas à lutter contre l'entraînement que provoquent les boissons alcooliques.

— Un individu chez lequel on a pratiqué la gastrostomie pour remédier à un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage est-il condamné à s'alimenter indéfiniment par sa fistule gastrique? En étudiant cette question autrefois.

---

ment autour d'un centre unique une série de courbes régulières, ne présentent pas chez deux hommes une disposition identique : autant de sujets, autant de courbes.

La sagesse des nations a dit de longue date qu'on ne trouverait pas sur tous les arbres de l'univers deux feuilles rigoureusement semblables : il paraît qu'il en est de même du dessin des pouces humains.

Si le fait est exact — et rien de plus aisé à vérifier — il y a là sans nul doute un moyen d'identification des plus commodes.

Supposez tous les repris de justice obligés d'imprimer leur pouce sur un écran propre à en garder la trace. Supposez une collection complète d'empreintes formées au bureau des casiers judiciaires et des procédés d'agrandissement pratique appliqués à cette galerie d'un nouveau genre. On pourra à première vue, en dépit de tous les changements de nom, de qualité, de costume, de barbe et même de taille, conclure sûrement à l'identité de tel ou tel prévenu.

Et ce n'est pas la seule application qu'on entrevoie : une signature irrécusable, échappant à toutes les contrefaçons, un seing véritablement personnel à chacun se présentent immédiatement à l'esprit.

Il ne s'agit que de choisir la surface la plus propre à les recevoir et à les garder.

Tout le monde peut, au surplus, s'amuser à réaliser l'expérience. Il suffit d'exposer à la fumée d'une bougie ou d'une lampe un morceau de vitre, ou une pièce métallique unie telle qu'un fer à repasser, une lame de couteau, d'appliquer légèrement le pouce sur le noir de fumée, puis de le porter aussitôt sur un papier gommé et légèrement

dans mon *Traité de la gastrostomie*, j'avais émis l'idée qu'on pourrait peut-être franchir le rétrécissement de bas en haut, c'est-à-dire de la fistule vers l'œsophage à l'aide d'une bougie, et pratiquer ensuite la dilatation du rétrécissement. Cette hypothèse vient d'être réalisée par M. Terrillon chez un malade qu'il a gastrostomisé il y a huit mois, et chez lequel il vient de fermer la fistule gastrique, après avoir rétabli la perméabilité de l'œsophage.

MM. Chauvel et le professeur Renaut (de Lyon) ont ensuite présenté d'excellentes études cliniques, le premier sur la carie costale consécutive aux abcès du foie, le second sur la fausse imperméabilité de certains reins brightiques et la thérapeutique de l'urémie comateuse. On en a lu le résumé dans notre numéro de jeudi. — L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements, par le docteur A.-J. Martin. — Lyon et Paris, 1889.

Ce petit volume, fort bien fait, sera de la plus grande utilité à la fois aux médecins, aux magistrats et avocats et enfin aux préfets, maires, conseillers municipaux. Les premiers y prendront connaisances des pouvoirs dont la loi arme les seconds et y verront que la législation permet, même dans son état actuel, de lutter contre l'incurie des habitants et d'assainir les villes les plus mal tenues.

Toute la première partie est consacrée à l'exposé de la législation sanitaire dans tous ses détails; vient ensuite celle de l'administration sanitaire française à l'état actuel.

Le chapitre IV expose la prophylaxie des épidémies et des maladies transmissibles. Nous recommandons spécialement les pages consacrées à la désinfection et à la prophylaxie sanitaire dans les écoles. Le lecteur y trouvera l'arrêté remarquable pris par M. Cambon, préfet du Rhône, le 30 mai 1889, pour prévenir le développement des maladies épidémiques dans les écoles.

L'ouvrage se termine par l'exposé des principales réformes à apporter à la législation et à l'administration sanitaires. Nos députés médecins y trouveront d'utiles indications. — P. Ch.

---

humide, — le verso d'un timbre-poste, par exemple. On obtient une empreinte durable formée par des courbes concentriques pointillées.

Si l'on tire plusieurs épreuves et si l'on opère dans les mêmes conditions sur plusieurs personnes, on s'assure aisément que la disposition des courbes est toujours identique pour un individu donné, mais qu'elle est profondément différente pour plusieurs individus, fussent-ils d'une même famille. Cette différence éclate surtout aux yeux si l'on a soin de les comparer au verre grossissant; on constate alors que chaque empreinte individuelle est absolument caractéristique.

A la vérité, en multipliant ces études sur un très grand nombre de pouces, on constate que toutes les empreintes peuvent être ramenées à sept ou huit types principaux; mais l'individualité de chacun n'en est pas compromise et la ressemblance ne va jamais au-delà d'un certain air de famille.

De même on peut classer les nez humains en aquilins, droits, retroussés ou camus, sans en trouver jamais deux qui soient réellement identiques.

*
* *

De récents articles publiés dans la *Revue scientifique* ont appelé l'attention du public sur le gauchisme. Diverses opinions ont été émises à ce sujet : pour les uns, le gauchisme est un fait d'hérédité; pour les autres, un fait d'éducation; pour d'autres encore, un simple accident, une monstruosité du système nerveux.

Un correspondant de la *Revue scientifique*, M. Delorme, a communiqué à ce journal

CONGRÈS D'HYDROLOGIE

Séance du 4 octobre 1889.

Cachexie alcaline.

On lit dans Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique*, 8e édition, tome Ier, *Médication altérante*, page 409) : « Le degré d'importance des alcalins est tel qu'on peut avancer qu'ils sont aussi nécessaires à l'accomplissement de certaines fonctions que l'oxygène est nécessaire à la respiration. »

Puis plus loin, page 411 :

« Il est bien constaté que ces mêmes alcalins font perdre au sang une partie de sa coagulabilité ! Il semblerait alors, *mais nous sommes loin d'affirmer la réalité de ce fait*, qu'en attaquant directement l'albumine et la fibrine, ils acquièrent la propriété de dissoudre les deux principaux éléments qui forment la base de la plupart des engorgements chroniques, etc. »

Voici la question : Les alcalins s'opposent à la coagulation du sang.

C'est sur ce principe qu'est fondé le préjugé de l'anémie, de la cachexie résultant de l'emploi exagéré des alcalins.

Assurément, si l'on reçoit dans un vase, dans lequel on a préalablement versé une solution alcaline, si, dis-je, on reçoit le sang d'une saignée veineuse ou artérielle, le sang ne se coagule pas, si l'alcalin est en quantité suffisante.

Ceci est une expérience courante de laboratoire ! En faut-il conclure que les choses se passent ainsi dans l'intimité des tissus ? Mais alors il faudrait, d'après le même principe, comme le voulait Ch. Petit, que les alcalins dissolvent les calculs d'acide urique, puisque ces calculs se dissolvent absolument et dans un temps relativement court, lorsqu'on les met dans une solution alcaline ou dans un verre d'eau de Vichy.

L'expérience de laboratoire sur laquelle on s'appuie pour démontrer que les alcalins dissolvent le sang n'a aucune portée en biologie.

Que dit la clinique ? Existe-t-il une seule observation de cachexie alcaline ? Je n'ai jamais vu la cachexie alcaline, je n'en ai jamais lu aucune observation sérieuse ; on cite pourtant les deux faits d'Huxham. Mais, à l'époque d'Huxham, on connaissait à peine les accidents produits par le diabète et encore moins les conséquences de l'albuminurie ; il est fort probable que les deux gentilshommes dont il parle étaient des diabétiques ou

---

l'observation qu'il a faite sur son enfant, un garçon âgé aujourd'hui de 2 ans et 8 mois, et qui est surtout intéressante parce qu'elle montre comment un enfant peut devenir gaucher, et comment on peut le ramener à être droitier.

« Cet enfant n'était, dans les premiers jours de sa vie, ni droitier ni gaucher : il tendait indistinctement l'une ou l'autre main vers les objets à sa portée. Au bout de quelques mois, il paraissait se servir de la main droite plutôt que de la main gauche. Mais plus tard, alors qu'il commença à marcher, je crus m'apercevoir qu'il employait, au contraire, la gauche de préférence. Après quelques semaines, le doute n'était plus possible : l'enfant prenait tout de la main gauche.

C'est de la main gauche qu'il portait sa cuiller à la bouche, de la main gauche qu'il tenait son sabre, son fusil et jusqu'à l'archet de son petit violon. Bref, il était bel et bien gaucher.

Or à quelle cause attribuer ce changement ? A l'hérédité ? Mais nous ne connaissons, ma femme ni moi, aucun gaucher dans notre famille. D'ailleurs, l'enfant n'avait-il pas été droitier dès l'origine ? Fallait-il, au contraire, l'imputer à une nouvelle bonne que nous venions de prendre à notre service ? Mais elle était droitière comme nous.

J'observai l'enfant à la maison du matin au soir, mais inutilement. Je constatais le fait, mais je ne parvenais pas à l'expliquer. Mais un beau jour, en allant à la promenade, je remarquai que la nouvelle bonne tenait l'enfant par la main droite pour le faire marcher. Le lendemain et les jours suivants, même remarque.

J'avais, cette fois, le mot de l'énigme. L'enfant, ayant constamment la main droite

des albuminuriques, peut-être étaient-ils en même temps diabétiques et albuminuriques et le médicament qui les soulageait le plus était un alcalin, la poudre de cendres de la mère Stephan. C'est pour cela qu'ils la prenaient.

A l'époque actuelle, quel est le médecin qui n'a pas été consulté par des malades dont les gencives sont gonflées et saignantes et le corps parsemé de taches de purpura, qui n'ont employé que des collutoires, du fer, du vin de quinquina et autres médicaments réputés toniques? Ces malheureux sont diabétiques ou albuminuriques presque toujours; et ce n'est que par l'usage des alcalins qu'ils s'améliorent et qu'ils recouvrent la santé s'ils ne sont pas arrivés au dernier terme de la cachexie, qui n'est point alcaline, mais diabétique ou albumineuse; leurs humeurs sont acides et non alcalines.

De nos jours, jamais un médecin n'a cité un seul cas de cachexie. En revanche il a été fait des expériences concluantes en faveur des alcalins au point de vue de leur nature reconstituante.

Le 3 mai 1875, Claude Bernard communique à l'Académie des sciences le fait suivant :

« Un banquier, de la clientèle de M. le docteur Pupier, depuis vingt-huit ans absorbait par jour de 16 à 20 grammes de bicarbonate de soude, pris en quatre doses, et le chiffre des globules rouges de cet alcalinisé dépassait la moyenne de près de un million — 1,000,000 —; et, de nos jours, combien d'affections de l'estomac ne sont-elles pas traitées par les alcalins à haute dose (20 et 30 grammes par jour) pendant des mois avec les résultats les plus satisfaisants?

M. le docteur de Lalaubie, médecin consultant à Vichy, relate huit observations de malades chez lesquels le chiffre des globules sanguins s'est élevé sous l'influence des eaux minérales ou parallèlement à leur absorption, chez les uns de 219,624 et chez les autres de 1,568,750.

Le 17 mai 1880, MM. les docteurs Martin-Damourette et Hyades ont présenté une note à l'Institut résumant les expériences qu'ils ont faites sur quatre personnes *bien portantes*, avec le bicarbonate de soude, d'une part, et l'eau minérale alcaline, d'autre part. Ils établissent, entre autres choses : 1° que, sous l'influence des alcalins, le chiffre des globules rouges s'est élevé de 4,960,000 à 5,419,000 chez l'un des sujets en expérience et de 4,278,000 à 5.084,000 chez un autre; ces deux chiffres représentent les limites extrêmes de l'augmentation des gloubles chez les quatre sujets.

2° Que le choix de l'alcalin a une importance capitale. Le bicarbonate de soude à la

---

immobilisée durant la promenade quotidienne, s'était peu à peu habitué, malgré lui, à n'exercer que la gauche, la seule qui restât libre. Et c'est ainsi qu'il était devenu gaucher.

La bonne reçut l'ordre formel de le tenir désormais par la main gauche. Nous veillâmes d'autre part, sa mère et moi, à ne plus lui laisser rien prendre de cette main, et aujourd'hui il est droitier comme devant.

Je ne prétends pas tirer une loi générale du fait qui précède. Mais il est permis d'en conclure que, dans certains cas au moins, comme celui qui nous occupe, le gauchisme n'est ni un fait héréditaire, ni une monstruosité, mais purement et simplement une tendance acquise, une habitude comme tant d'autres, que les parents laissent ou font contracter à leurs enfants et qu'ils peuvent également leur faire perdre, à la condition de s'y prendre à temps. »

* * *

Il y a longtemps qu'un éminent écrivain, très compétent dans les questions sociales qu'il a étudiées dans les moindres détails, M. Jules Simon, en particulier dans son livre intitulé : « *L'Ouvrière* », a retracé le tableau navrant des effets pernicieux du travail des ouvriers dans certaines usines et manufactures. Les pages qu'il a consacrées à la dégénérescence de la population ouvrière des filatures des grandes villes du département du Nord sont la condamnation de la mauvaise hygiène de ces milieux où s'étiolent des milliers d'individus de tout âge et des deux sexes.

Cette situation n'a guère changé et on peut dire qu'elle est à peu près la même par-

dose de 5 grammes par jour déterminait des troubles gastriques chez ces personnes qu s'étaient mises en expérience *dans un état de santé parfaite*, tandis que l'eau minérale naturelle favorisait l'appétit, ce qui permettait d'en prolonger l'emploi.

Moi-même j'ai démontré (13 novembre 1870, *Bulletin de la Société de médecine de Paris*) que l'usage des eaux minérales naturelles alcalines augmentait la quantité d'oxygène contenu dans le sang (expériences sur le chien et les poissons).

J'ajouterai que, dans les pays où jaillissent les eaux minérales alcalines, presque tous les habitants en font un usage continu.

Si donc on peut prendre avec avantage 20 et 40 grammes de bicarbonate de soude par jour pendant vingt-huit ans ;

Si le nombre des globules rouges augmente sous l'influence des eaux alcalines ;

Si les poissons peuvent vivre impunément dans une eau alcalisée sans qu'il soit nécessaire de la changer parce que l'alcalinisation leur fait absorber de l'oxygène en quantité suffisante pour entretenir le fonctionnement des organes ;

Si l'oxygène augmente dans le sang sous l'influence des alcalins ;

Si, d'un autre côté, on ne peut citer aucune observation de cachexie produite par ces alcalins ;

Il faut conclure que l'idée de la cachexie alcaline produite par l'usage de l'eau minérale alcaline est une vue de l'esprit.

Ce préjugé ne date que de cinquante ans, car, au XVIIe siècle, le superintendant des eaux de Vichy (Fouet), dans son rapport à Colbert, disait que ces eaux étaient surtout utiles aux jeunes filles non réglées et aux anémiques ; du temps de Ch. Petit, sous-inspecteur des eaux de Vichy, on buvait de 30 à 40 verres par jour (verres de 200 gr.) et on n'observait pas la cachexie ! Le préjugé est encore vivace ; l'observation plus attentive des faits doit en faire justice.

Dr COIGNARD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 janvier 1890. — Présidence de M. ABADIE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

M. ROUGON rectifie deux erreurs qui lui sont échappées dans la rédaction du procès-

tout, dans les usines de tous les pays. En effet, dans un rapport lu par M. René Lavalle à l'Académie des sciences morales et politiques, on trouve les chiffres suivants :

« A Reichemberg, en Bohême, 6 p. 100 seulement des conscrits ont été trouvés bons pour le service, et, sur 365 tisseurs pas plus de 9. A Berlin, sur 1,000 recrues, on en compte à peine 40 bonnes pour le service. »

La guerre et le travail manufacturier, voilà deux facteurs de la dégénérescence de la race humaine : la guerre, parce que, prenant les hommes les plus valides et les mieux constitués, elle les détruit ; l'industrie, parce qu'elle les atrophie. Les peuples auxquels l'avenir appartient seront toujours des peuples agricoles. Quel beau pronostic pour la Russie !

SIMPLISSIME.

COLLUTOIRE CONTRE LA DIPHTHÉRIE. — Jules Simon.

Acide salicylique	0 gr. 50 centigr.
Décocté d'eucalyptus	60 grammes.
Alcool........................	12 —
Glycérine neutre............. .	30 —

Faites dissoudre. — On imbibe un petit pinceau de charpie de ce collutoire, et on frotte doucement les parties de la gorge sur lesquelles s'étendent les fausses membranes.

N. G.

verbal : Huxham avait dit *influence* et non *influenza*; — pluviôse an XI se rapporte à 1803 et non 1801.

— M. Perrin, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Chers collègues,

En quittant le fauteuil de la présidence auquel vous m'aviez appelé, je crains, malgré la bienveillance que vous m'avez témoignée, de n'avoir pas répondu à votre attente. S'il en était ainsi, soyez assurés que ma bonne volonté n'y a été pour rien. Mais, heureusement que mon digne et honorable successeur, M. le docteur Abadie, vous fera vite oublier mon insuffisance. Personne mieux que lui ne réunit plus complètement les qualités indispensables d'un président accompli : sang-froid, parole facile, savoir, urbanité parfaite. Qu'il reçoive de notre commune part l'assurance d'une cordiale bienvenue.

Je laisserai à notre sympathique secrétaire général, M. le docteur Christian, le soin de vous exposer les travaux de notre chère Société pendant l'année qui vient de finir. Je ne pourrais que déflorer, sans grand profit pour vous et à son grand dommage, les excellents compte rendus auxquels il nous a habitués.

Cela dit, j'invite maintenant M. le docteur Abadie à venir prendre possession de ce fauteuil, en vous adressant en même temps, bien chers collègues, un dernier remerciement.

Ces paroles sont vivement applaudies.

— M. Abadie, président pour l'année 1890, prend place au fauteuil et s'adresse à ses collègues en ces termes :

Mes chers collègues,

Je vous remercie cordialement de l'honneur que vous me faites en m'appelant à la présidence de votre Société.

En prenant place à ce fauteuil, mon premier devoir sera de remercier en votre nom les membres du bureau sortant, et en particulier notre si digne et si aimé président, M. Perrin, et notre infatigable secrétaire général, M. Christian, dont le dévouement à notre Société est au-dessus de tout éloge.

Je suis convaincu, mes chers collègues, qu'en me nommant vous avez voulu certainement témoigner votre sympathie et votre intérêt à la spécialité que je représente parmi vous.

Un peu dédaignés jadis, les spécialistes ont fini par conquérir droit de cité dans le monde médical; mais pour prétendre à cette estime il faut qu'ils possèdent des connaissances générales. Alors, mais alors seulement, ils peuvent rendre des services et faire progresser la science.

Que d'affections rénales qui sont diagnostiquées tout d'abord par l'ophthalmologiste! Les troubles fonctionnels, désormais bien établis de l'amblyopie hystérique, ne constituent-ils pas le signe fondamental de cette névrose si vaste et si complexe.

La cocaïne, cette conquête si précieuse de la thérapeutique, n'est-elle pas due à un oculiste? N'est-ce pas un bactériologiste, un homme de laboratoire, Koch, qui a découvert le bacille de la tuberculose. Découverte mémorable qui a amené un bouleversement complet dans la conception clinique, thérapeutique et prophylactique de cette terrible maladie.

Au milieu de ce mouvement scientifique qui entraîne toutes les nations, nous avons lieu d'être satisfaits du rôle que nous y prenons. Un pays qui a produit des hommes tels que Laennec, Claude Bernard, Charcot, Pasteur n'a rien à envier aux autres.

M. Abadie invite M. Leudet, vice-président, et M. Wickham, secrétaire annuel, à prendre place au bureau.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues de la quinzaine ; — de M. Moncorvo, une brochure intitulée : *De l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine.*

M. le Président annonce à la Société que l'un de ses membres, M. le docteur Denne, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Il lui fait part, en même temps, de la perte regrettable qu'elle vient de faire en la personne de M. Blondeau, membre honoraire, ancien président, décédé le 31 décembre. Il invite M. Perrin à donner lecture des paroles qu'il a prononcées sur sa tombe au nom de la Société.

M. Perrin : Comme président de la Société de médecine de Paris, je viens, en son nom et au mien, déposer au bord de cette tombe encore entr'ouverte, l'expression vive et vraie des regrets qu'inspire à tous ceux qui l'ont connu la mort inattendue du docteur Léon Blondeau, ce médecin distingué, ce praticien honnête et éclairé qu'entouraient si justement l'estime et la considération de tous ses confrères, clients et amis. Il appartenait depuis près de vingt-cinq ans à notre chère et vieille Société, la Société de médecine de Paris, qu'il a eu l'honneur de présider en 1879.

Nos archives renferment de nombreux mémoires de lui sur les diverses branches de la médecine, qui témoignent hautement, comme praticien surtout, de son labeur et de sa science. Comment s'en étonner d'ailleurs, si nous rappelons qu'au début de ses études médicales, il avait eu le bonheur d'avoir pour guide un de nos maîtres les plus éminents de l'époque, le professeur Trousseau. Aussi, ne pouvons-nous faire ici le plus bel éloge de notre regretté collègue qu'en rappelant ce que, dans la préface de sa *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, l'illustre maître disait lui-même de son élève de prédilection. « Je remercie M. le docteur Blondeau qui, depuis quinze ans, a été le plus assidu « de mes élèves et qui est devenu, depuis, mon chef de clinique et mon ami, de la très « grande part qu'il a prise à la publication de mes leçons, lesquelles, sans son concours, « eussent été trop imparfaites pour être livrées au public. »

Que pourrions-nous ajouter, après de tels témoignages, sinon d'espérer qu'ils pourront peut-être apporter quelque allègement à la douleur d'une famille éplorée, et rendre plus durable parmi ses nombreux amis le souvenir du nom aimé et respecté, des qualités solides de cœur et d'esprit de celui qui vient de nous quitter, et auquel du fond du cœur nous adressons, dans ce pénible instant, un dernier et touchant adieu ! (Assentiment unanime.)

— M. de Ranse offre, de la part de M. le docteur Hameau (d'Arcachon), membre correspondant, une brochure sur l'*action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses.*

— M. le Secrétaire général fait observer que le prix Duparcque n'ayant pas été decerné en 1889, il y a lieu de régler les conditions du nouveau concours à juger en 1891. Le prix sera de 1,200 francs, plus une médaille d'or de 100 francs. Il propose de nommer une commission chargée de rédiger le programme du concours.

Cette commission est composée de MM. Duroziez, Ladreit de Lacharrière, Leudet, Perrin et Polaillon.

DISCUSSION SUR LA GRIPPE.

M. de Beauvais : Puisque l'ordre du jour est épuisé, permettez-moi, sur l'invitation de M. de Ranse, de vous communiquer, à propos de la grippe, qui préoccupe tous les esprits en ce moment, un fait assez singulier. Dans la dernière quinzaine de décembre, cette affection a fait son apparition dans la prison de Mazas, dont le service médical m'incombe. Les deux premiers cas ont été importés du dehors; ce sont deux malades, qui ont été envoyés du Dépôt de la préfecture de police, gravement atteints de broncho-pneumonie grippale. Dès cette époque, l'épidémie s'est attaquée de préférence au personnel des surveillants et de l'administration. Sur 68 employés environ, 27 ont été atteints plus ou moins fortement, c'est-à-dire plus du tiers; tandis que, pour les détenus, sur une population mobile, souvent renouvelée, dont le chiffre s'est élevé, du 23 décembre 1889 au 10 janvier 1890, au total de 1,269 personnes, il n'y a eu que 40 individus pris la plupart légèrement, sauf les deux cas de broncho-pneumonies qui ont guéri promptement. D'ailleurs, *aucun décès* n'a eu lieu. A quoi tient cette énorme différence? D'abord, à certaines conditions de température; nos gardiens passent le jour et la nuit dans de longues galeries, où les courants d'air sont permanents et les refroidissements faciles et dangereux; ensuite, aux contacts fréquents que les employés ont avec les visiteurs, les prisonniers nouveau-venus et l'air de la ville, lorsqu'ils sortent de l'établisse-

ment. A notre avis, l'immunité des détenus tient à leur *isolement complet*, à la température assez régulière de la cellule, qui varie de 12 à 16 degrés centigrades, suivant la proximité ou l'éloignement des conduits destinés à distribuer le calorique jusqu'à l'extrémité des galeries. Déjà, en 1884, lors de la dernière épidémie de choléra, qui sévissait principalement dans le XI[e] et le XII[e] arrondissement, la prison de Mazas est restée indemne. J'ajouterai encore que notre infirmerie compte très peu de malades, ce qui est exceptionnel à cette époque de l'année. L'état sanitaire est très satisfaisant. Depuis vingt ans que je dirige le service, j'ai constaté que le système cellulaire, au point de vue des infirmeries, était des plus salubres, car les affections contagieuses et infecto-contagieuses, telles que les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives et les érysipèles, ne se communiquent presque jamais aux co-détenus qui habitent, jour et nuit, la même cellule double avec le malade pour le servir et l'assister.

M. Christian : Dans mon service, à Charenton, l'épidémie a présenté deux phases bien distinctes. Jusqu'au 1[er] janvier, elle n'a frappé exclusivement que les infirmiers, le personnel du service. Presque tous ont été atteints; mais, chez tous, l'affection a été légère; aucun n'a présenté de complication grave.

Ce n'est que depuis le 1[er] janvier que la grippe a frappé un certain nombre de pensionnaires; mais, chez eux, elle a été généralement grave, et plusieurs ont été enlevés très rapidement par des accidents de broncho-pneumonie : c'étaient, en général, de vieux malades, atteints de démence ou de paralysie générale, incapables d'offrir aucune résistance au mal.

M. Duroziez a fait cette remarque que, dans le I[er] arrondissement, on a signalé pour le mois de décembre 270 décès, alors que la moyenne ne dépasse pas 100. Or, sur ces 270 décès, on n'accuse que cinq fois la grippe, et l'on met couramment *congestion pulmonaire, pneumonie, broncho-pneumonie*, etc. M. Duroziez est persuadé que c'est là une façon erronée de s'exprimer : toutes ces pneumonies, ces congestions pulmonaires, ces broncho-pneumonies n'ont été que des symptômes de la grippe, et non pas des maladies particulières; la statistique est donc mal rédigée.

M. de Beauvais : Je partage entièrement l'opinion de M. Duroziez, et je ne m'explique pas cette conspiration du silence, ce parti pris à propos de la mortalité réelle causée par la grippe et ses complications. Il est évident que ces cas si nombreux de congestions pulmonaires, de bronchites suraiguës, de broncho-pneumonies, sont imputables à l'épidémie régnante, qui est tout à fait justiciable de leur perniciosité et de leur gravité exceptionnelle.

M. de Ranse : Je pense qu'à côté des affections pulmonaires dont parle M. Duroziez et qui n'ont été que des symptômes de la grippe, il a pu y avoir cependant des pneumonies franches, des broncho-pneumonies évoluant à côté de la grippe, n'en étant pas la conséquence directe.

M. Abadie : Messieurs, je vous demanderai la permission de dire quelques mots sur la question qui vient d'être discutée. Je vois qu'ici, aussi bien qu'à l'Académie de médecine, des praticiens distingués sont embarrassés, d'abord pour trouver la véritable étiquette de la maladie et, en second lieu, pour déterminer dans les cas graves la part qui revient à l'affection elle-même ou aux complications qu'elle entraîne à sa suite.

Malgré les nombreuses discussions dont l'épidémie actuelle a été l'objet, il me semble que la lumière n'est pas encore faite et que les opinions restent divisées. Cela tient, je crois, surtout au défaut de renseignements qui auraient dû nous être fournis par ce que j'appellerai volontiers la bactériologie pathologique. J'ai bien vu dans un article du *Progrès médical* qu'on semblait avoir isolé le microbe de l'affection actuelle, mais ces recherches toutes récentes ont encore besoin d'être confirmées. Quoi qu'il en soit, la clinique à elle seule étant impuissante à préciser si l'on se trouve en présence de la dengue atténuée ou d'une forme spéciale de grippe, la bactériologie aurait pu trancher la question, si les microbes pathogènes de ces diverses maladies avaient été connus. Il eût suffit évidemment alors de constater en présence duquel on se trouvait.

En ce qui concerne les complications, la bactériologie pathologique peut nous donner

des renseignements plus importants et pourtant il ne semble pas qu'on se soit beaucoup occupé d'envisager la question par ce côté. Si pourtant, chez les malades qui succombent aux formes graves pulmonaires de l'influenza, on trouve uniquement le pneumocoque habituel de la pneumonie vulgaire, il faudra bien admettre que celle-ci est venu s'implanter chez un malade qui y était déjà préparé par la dépression des forces que provoque toujours l'affection actuelle. Aussi M. de Ranse a-t-il bien raison de dire que peut-être beaucoup de personnes, en prenant les précautions voulues, auraient pu éviter ces pneumonies si graves qui ont fait tant de victimes.

M. Reliquet : Il y a un fait certain, c'est que la maladie régnante domine ou plutôt a une action sur tous; tous ont été plus ou moins atteints. C'est là une véritable *constitution médicale*, comme le disaient nos maîtres. Nous devons tenir compte de cette constitution médicale près de tous nos malades, exactement comme le médecin qui exerce dans un pays marécageux est obligé de penser toujours au paludisme, même près des blessés.

Comme nous le montrait à l'instant M. Christian, les sujets indemnes de toutes tares organiques ou fonctionnelles, comme les gens de service de Charenton, ont tous résisté et, après peu de jours, ont été débarrassés. Au contraire, ses malades, les aliénés, tous ceux qui ont été pris jusqu'à présent, l'ont été avec violence, ont eu des congestions pulmonaires ou autres graves; beaucoup sont morts. C'est là ce qui se passe dans les clientèles civiles; les porteurs de tares organiques voient se développer vite, et dominant tout chez eux, des états graves localisés qui les emportent. C'est ainsi que le médecin n'y voit qu'une bronchite, une pneumonie, un asystolie violente, etc., et n'indique sur le bulletin du décès que le diagnostic de la lésion locale. De là, la rareté des décès par la grippe seule dans les statistiques, ce dont nous parle M. Duroziez.

L'action de cette infection sur l'organisme en général a tellement de tendance à se localiser sur les points faibles de l'organisme, que j'ai vu des porteurs de cicatrices de blessures de guerre fort inquiets, subissant même d'une façon relativement légère la constitution médicale actuelle; leurs cicatrices sont devenues douloureuses, gonflées, rouges et menaçaient de se rouvrir. J'en ai vu se rouvrir, s'ulcérer.

J'ai observé le même fait sur un de mes malades que je soigne depuis quelque temps d'un écrasement du périnée et de l'urèthre par chute sur le pommeau de la selle. Au moment où il a été sous l'influence morbide générale, il était très près de la guérison; il ne restait plus qu'un trajet périphérique au rectum de tous les décollements et vastes cavités suppurantes entourant le rectum. Les tissus du périnée n'étaient plus adhérents aux branches montantes des ischions; la plaie allant du rectum à la partie moyenne des bourses était cicatrisée.

Sous l'influence de l'état maladif actuel, de suite les cicatrices ont été rouges, gonflées, un peu douloureuses, et j'ai eu peur de voir le résultat obtenu compromis. Heureusement tout a cessé, les accidents de la grippe ayant cédé en peu de jours.

Ainsi, Messieurs, nous sommes en réalité devant une *constitution médicale particulière*, qui a déjà existé semblable, ainsi que nous le montrait M. Rougon dans notre dernière séance.

Constitution médicale assez énergique pour dominer l'état physiologique de chacun de nous, car, autour de moi, et je pense qu'il en est ainsi pour chacun de vous, je ne vois personne ayant été ou étant complètement indemne; chacun a eu au moins cet état de sentiment de fatigue, avec difficulté d'agir.

Dans cet état, pour faire quoi que ce soit, on est obligé de produire un effort de volonté qui vous semble énorme et, certainement, qui n'est point en rapport avec l'acte à réaliser. On reste volontiers au chaud, immobile, étant très sensible à la moindre variation de température. L'appétit est très diminué, et on est pris après un temps variable, mais peu long, quelques jours au plus, de diarrhée ou de coryza ; celui-ci a des caractères particuliers. On expulse par le nez des croûtes plus ou moins molles, de couleur foncée, presque toujours sanguinolentes, et cela brusquement, en une abondance qui semble extraordinaire. Quelquefois l'expulsion est douloureuse, on se mouche en ayant un violent besoin, mais on s'arrête brusquement, la douleur de l'expulsion étant vive.

Cette douleur est ordinairement localisée d'un côté de la face, la joue, le pourtour de l'œil et le front.

Dans une épidémie comme celle-ci, je crois qu'on aurait dû, avant de formuler des théories, consulter la tradition et les descriptions des épidémies semblables.

M. Abadie nous dit que ce sont des microbes qui occasionnent tous les accidents. Nous, praticiens, avant de conclure à la cause microbienne d'une maladie, nous devons laisser les hommes de laboratoire à leurs travaux et attendre leurs conclusions, sans cela nous nous exposerions à de graves erreurs.

Je ne suis point suspect de ne pas admettre les maladies infectieuses, puisque, dès 1869, j'écrivais, dans mon chapitre sur l'intoxication urineuse, que j'acceptais complètement les idées de mon maître, Maisonneuve, sur les intoxications, — que je citais les travaux de Chalvet sur les accidents chirurgicaux, — que j'acceptais et mettais en pratique les préceptes de Chalvet pour éviter les accidents chirurgicaux, soit dans les voies urinaires, soit dans la chirurgie en général.

Mais, devant l'épidémie actuelle, qui a causé une constitution médicale si spéciale, conclure de suite à la cause microbienne, sans preuve, c'est vouloir faire quand même table rase de la tradition. Cela a été une erreur.

Si, au début de l'épidémie actuelle, ceux qui ont écrit avaient été au courant des descriptions des épidémies des constitutions médicales semblables, ils nous auraient certainement dit des choses utiles.

M. Perrin : Je partage les opinions émises par M. Duroziez. Les prétendues complications regardées, jusqu'à un certain point, comme indépendantes de la grippe, ne doivent pas, le plus souvent, en être séparées. Elles constituent les formes graves de la maladie : voilà tout. Il n'en est pas autrement pour une autre maladie, la rougeole, qui tue, hebdomadairement, en moyenne, à Paris, quarante enfants. Or, nous ne voyons pas que, dans le bulletin officiel de la statistique des décès, on fasse pour cette maladie, bénigne dans l'immense majorité des cas, la distinction que l'on voudrait établir pour la grippe, qui est bel et bien, et trop souvent à elle seule, la cause véritable et non la cause simplement occasionnelle de la mort. Autrement, comment expliquer, si tant est qu'elle se confirme, l'immunité des vieillards, qui, presque tous, à cet âge, sont plus ou moins cardiaques ou catarrheux ?

MM. Fraigniaud et de Ranse partagent complètement les opinions émises par M. Reliquet.

— M. Wickham donne lecture de trois observations envoyées par M. Pinteaud-Désallées, membre correspondant : Une observation de morve chez l'homme (sera publiée); — une observation de nécrose de l'omoplate (id.); — une observation d'uréthrotomie interne (id.).

— La Société décide de reculer au 2 février la date du banquet.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

COURRIER

Rectification. — Dans le n° 10, du 23 janvier courant, au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine, nous avons omis le nom de M. le docteur Proust parmi les membres de la commission chargée de centraliser les communications relatives à l'épidémie régnante. Cette commission se compose donc de MM. Brouardel, Bucquoy, Le Roy de Méricourt, Proust et G. Sée.

Association française pour l'avancement des sciences. — Les conférences de l'année 1890 auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis, à huit heures et demie très précises du soir. Elles commenceront le 25 janvier.

Samedi 25 janvier. — M. Emile Guimet : La science des religions. Croyances de l'Egypte, de l'Inde, de la Chine et du Japon (avec projections).

Samedi 1er février. — M. Picou, ingénieur, secrétaire général de la Société internationale des électriciens : La distribution de l'électricité (avec projections).

Samedi 8 février. — M. Martel, avocat, agréé au Tribunal de commerce, bibliothécaire du Club Alpin Français : Les Causses du Languedoc. Gorges du Tarn, Montpellier-le-Vieux, grottes et abîmes, les eaux souterraines (avec projections).

Samedi 15 février. — M. Alfred Renouard, ingénieur à Lille : L'industrie textile moderne, ses origines, son état actuel.

Samedi 22 février. — M. Charles Rabot, chargé de missions scientifiques par le ministère de l'Instruction publique : Les glaciers polaires et les phénomènes glaciaires actuels (avec projections).

Samedi 1er mars. — M. Vieille, ingénieur des poudres à la Salpêtrière : Méthodes appliquées à l'étude des explosifs.

Samedi 8 mars. — M. Louis Baclé, ingénieur à la Compagnie des forges de Châtillon et Commentry : Les chemins de fer à fortes rampes (avec projections).

Samedi 15 mars. — M. le docteur Gabriel Pouchet, agrégé de la Faculté de médecine de Paris : Les falsifications des substances alimentaires (avec projections).

Samedi 22 mars. — M. Duclaux, membre de l'Institut, professeur à la Sorbonne et à l'Institut national agronomique : Le lait au point de vue alimentaire.

Samedi 29 mars. — M. le docteur Ernest Hamy, conservateur du Musée d'etnographie : Les tribus sédentaires de la Tunisie du Sud (avec projections).

Les projections seront faites par M. Molteni.

Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat, 28, rue Serpente, de neuf heures du matin à cinq heures du soir, à partir du 15 janvier.

Les membres fondateurs et les membres à vie auront droit à des places réservées, en les demandant, pour la conférence à laquelle ils désirent assister, dans les six jours précédant cette conférence. La demande devra donc être renouvelée toutes les semaines si l'on désire assister à toutes les conférences. On disposera de ces places réservées, si elles ne sont pas occupées dix minutes avant l'ouverture de la séance.

Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une carte.

Des cartes d'abonnement sont délivrées aux personnes qui ne sont pas membres de l'Association, au prix de cinq francs, pour la série des conférences de 1890.

Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au Secrétariat dans la semaine qui précédera chaque conférence : elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association.

On ne sera admis dans la salle de la conférence que sur la présentation des cartes spéciales délivrées cette année.

Société médico-pratique. — Séance du 27 janvier 1890. — *Ordre du jour* : 1. Suite de la discussion sur l'épidémie régnante. — 2. M. Desnos : Pratique de l'antisepsie dans les maladies des voies urinaires. — 3. M. Rabion : Cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RIÇHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des **hôpitaux**.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne,

Par L.-G. Richelot (1).

Messieurs,

Je désire attirer votre attention sur un nouveau cas de laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. C'est une question que la Société de chirurgie a mise à l'étude il y a quelques années; un bon nombre de nos collègues, ayant fait ou vu faire l'opération, ont déclaré qu'elle était bonne, qu'elle valait mieux, chez l'adulte, que la trachéotomie. Je dis *chez l'adulte;* il est bien entendu qu'il ne s'agit pas en ce moment de l'ouverture des voies aériennes chez l'enfant, car jusqu'à 12 ans, disent les auteurs, et même un peu plus tard, il n'y a pas de place pour une canule entre les deux cartilages du larynx, et a trachéotomie conserve tous ses droits.

Bien des faits ont été cités; j'ai moi-même étudié et décrit l'opération dans un long mémoire, avec cinq observations démonstratives (j'en ai dix aujourd'hui). Il semble donc que, malgré l'hésitation de quelques chirur-

(1) Soc. de médecine pratique, séance du 9 janvier 1890.

FEUILLETON

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE, la terre et les hommes, par Élysée Reclus. T. XV, Amérique boréale, *Groënland, Archipel polaire, Alaska, Puissance du Canada, Terre-Neuve.* — Paris, 1890, librairie Hachette.

L'œuvre considérable et désormais célèbre d'Elysée Reclus s'avance avec une régularité vraiment remarquable. Dejà quatre des cinq parties du monde avaient été décrites; il restait à l'éloquent auteur un de ses plus beaux chapitres, celui qui a pour objet l'Amérique. Le volume quinzième, qui vient de paraître, aborde cet immense sujet, et nous donne d'abord la description de l'*Amérique boréale.*

Mais avant d'entrer sur le terrain de la géographie proprement dite, l'auteur fait passer sous nos yeux les principaux événements de la découverte du *Nouveau Monde.* Les détails historiques, entre autres, sur l'origine du nom Amérique, étaient peu connus et sont curieux. Ce nom a-t-il été réellement la reproduction du prénom d'Amerigo Vespucci; ou bien, les monts d'*Amerrique,* qui s'élèvent à l'orient du lac de Nicaragua, ont-ils été la source de l'appellation de tout le Nouveau Monde? Selon une autre opinion, qui, d'ailleurs, paraît isolée, « le nom d'Amérique aurait une origine plus noble : ce serait un mot des Incas signifiant le « Grand Pays du Soleil » ou « Terre Sainte ». On voit qu'à la rigueur il est permis d'hésiter. « Il est certain, dit l'auteur, que l'adoption

giens qui n'avaient pas eu l'occasion de la voir à l'œuvre, elle eût dû être adoptée d'une façon générale. Or, il n'en est rien; c'est toujours de la trachéotomie qu'on parle, et c'est elle qu'on pratique à tous les âges; les médecins n'ont pas écouté ce que nous disions alors, et semblent ignorer qu'il y a là, tout près, une opération plus facile et moins dangereuse. Même à la Société de chirurgie, la question paraît oubliée, comme si nous étions revenus *in petto* sur une opinion très nettement exprimée. Je sais des malades à qui on a ouvert la trachée et qui sont morts sous le bistouri, par suites de difficultés opératoires qu'on eût évitées en ouvrant le larynx.

Voilà pourquoi je trouve utile de vous citer un nouveau fait, et de saisir cette occasion pour répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, que la trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse, aléatoire, et que dans une foule de cas la laryngotomie doit lui être préférée.

Lorsque Trousseau, pour décider les médecins à faire la trachéotomie, la déclarait facile, sans danger, à la portée de tous, il avait en vue les enfants et le croup, et sans doute il n'avait pas tort d'exagérer un peu; mais pour l'adulte il faisait des réserves, et reconnaissait que le péril est plus grand. Decès, en 1853, pour éviter les gros vaisseaux, propose d'ouvrir la trachée tout près du cricoïde; Nélaton, montant un peu plus haut, résèque un fragment du cartilage pour placer la canule, parce qu'il ne sait pas que l'espace membraneux est suffisant pour lui donner passage; plus tard, au lieu de continuer dans cette voie, les chirurgiens, toujours ignorants de l'espace membraneux, redescendent et cherchent à prévenir l'hémorrhagie avec le galvano-cautère. Enfin, Krishaber est amené par le hasard à placer la canule entre les deux cartilages; il pense avoir inventé cette manœuvre, on découvre que Vicq-d'Azyr en a eu l'idée première, que Gross et Erichsen l'ont déjà préconisée, et, somme toute, la chirurgie est dotée d'une nouvelle et précieuse ressource, que nous ne devons pas laisser péricliter.

Si vous essayez de comprendre l'opération d'après les descriptions qu'en

graduelle du mot Amérique est venue des peuples eux-mêmes. On ne saurait douter que l'euphonie n'ait eu une grande part à l'accueil favorable que lui firent les langues européennes; grâce au nouveau mot, l'énumération des continents se terminait de la manière la plus heureuse : « Europe, Asie, Afrique, Amérique ». Dans les annales de l'humanité, déjà si pleines d'injustices, la cadence des syllabes a contribué à faire prévaloir une injustice de plus. »

L'auteur a résumé d'une manière attachante, et en les accompagnant de considérations élevées, les faits qui se groupent autour du grand nom de Christophe Colomb. Mais, avant l'intrépide navigateur, l'Amérique avait-elle été visitée par des Européens? « Peut-être, à des époques déjà fort éloignées de nous, des navires de l'Ancien Monde ont-ils visité le monde de l'Occident. On a parlé de navigations phéniciennes, on a répété les légendes grecques relatives à la terre des Atlantes, et l'on cite encore des traditions galliques racontant la découverte, par Madoc op Owen, de terres situées à l'ouest, au milieu des brouillards de l'Océan; les Irlandais ont des légendes analogues, mais les récits merveilleux de leurs bardes ne sont accompagnés d'aucun fait qui leur donne un caractère de certitude; les premiers documents authentiques sur l'existence d'un monde nouveau ne remontent guère qu'à un millier d'années, à l'époque des grandes migrations scandinaves. Même dans la patrie de Christophe Colomb et d'Amerigo Vespucci, aucun écrivain ne doute plus que l'Amérique du Nord n'ait été découverte par les Normands... » Tous ces récits historiques, au style clair et plein d'idées, ont pour nous un charme particulier; en effet, « dans le continent du Nord, le premier

ont données quelques thèses (1), vous ne serez pas frappés, tout d'abord, de sa supériorité. On a refait l'anatomie de la région, énuméré des couches, pris des mesures; on a divisé la laryngotomie en temps successifs, on l'a compliquée à plaisir, si bien que la lecture vous en donne une idée très fausse. Ne la voyez et ne la faites pas ainsi. L'anatomie de la région est nulle : peau, tissu cellulaire, membrane crico-thyroïdienne; pas une veine, pas une artère, des ramuscules insignifiants qui ne saignent pas; aucun organe, rien. Inutile de placer des écarteurs, inutile de disséquer couche par couche et de regarder ce qu'on fait. Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber; aucune installation du malade. Défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque; mettez l'ongle de l'index au bord inférieur du thyroïde, sur la ligne médiane; incision de 1 à 2 centimètres à partir de ce bord, second coup de bistouri pour le tissu cellulaire, un coup de pointe à la membrane — rien de plus, — et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini. Je considère les descriptions détaillées comme superflues et nuisibles; si vous cherchez à faire mieux, vous faites plus mal, vous n'avez pas compris l'opération.

Bien que Trousseau ait recommandé les larges canules, il est amplement démontré qu'une canule de 9 à 10 millimètres, celle qui va toujours bien dans l'espace membraneux, suffit à la respiration chez l'adulte. Je l'ai vue fonctionner pendant de longs mois. Les dimensions de l'espaee et de la canule ne fournissent donc pas d'objections sérieuses. On en a fait d'autres, qui n'ont pas plus de valeur; je ne m'attarde pas à les reproduire ici.

Je ne veux pas dire que la laryngotomie n'ait pas de contre-indications. Il est clair que, s'il s'agit d'un rétrécissement de la partie supérieure de la trachée, il faut bien ouvrir plus bas. Mais presque toujours on est libre de choisir, et on fait, selon moi, une véritable faute en ne choisissant pas

(1) H. de Launay, th. de Paris, 1882.

qu'aient visité les blancs, la part la plus considérable de découvertes échut aux voyageurs français... »

On regrette de ne pouvoir reproduire en entier la page remarquable où l'auteur signale l'effet général produit par la découverte de Christophe Colomb. « ..... Désormais l'Ancien Monde, qui d'ailleurs n'était pas encore découvert en entier, ne constituait plus à lui seul l'ensemble de la Terre; la civilisation... possédait maintenant pour théâtre la surface entière du globe; la masse des connaissances, et par suite le domaine de la pensée, s'était accrue; l'histoire, jusqu'alors fragmentaire, prenait un caractère universel... »

Ce n'est pas sans un vif intérêt et sans émotion qu'on parcourt les relations des voyages terribles des explorateurs du Nord et l'histoire des héroïques efforts tentés pour découvrir la route du pôle. De nos jours, la terre la plus septentrionale que l'on connaisse est située à 83°24', à 689 kilomètres du pôle en droite ligne.

Dans une vue générale, l'auteur trace à grands traits la géographie physique du double continent américain, compare l'Amérique du Nord à l'Amérique du Sud, l'Amérique australe à l'Afrique, les grands courants américains navigables jusqu'au centre du continent avec les fleuves africains moins abondants pour la plupart, tous coupés de cataractes à peu de distance de leur entrée, etc., etc. Les remarques savantes et ingénieuses abondent : « ... Quelques fleuves de l'Amérique du Nord paraissent aussi avoir été jadis au nombre de ces baies profondes qui furent le chemin des glaciers. Tel est le Saguenay, avec ses énormes profondeurs de 200 mètres; tel est le Saint-Laurent lui-

l'opération la plus simple et la plus bénigne. J'espère que l'exemple suivant justifiera mon dire.

Le 30 décembre dernier, je suis appelé en toute hâte auprès de M. D... C'était un homme de 60 ans, qui s'était trouvé pris, quelques jours auparavant, d'une angine d'allures bénignes et qu'on attribuait à « l'influenza » régnante. Le 29, le malade avait un peu de fièvre; son médecin avait remarqué, malgré la constriction des mâchoires, une grosse tuméfaction de l'amygdale gauche et de la partie attenante du voile palatin; il attendait l'ouverture d'un abcès. Le 30, le malade était gai, causait dans son lit et souffrait modérément; tout à coup, sans qu'on ait vu la transition, on s'aperçoit qu'il ne parle plus, a perdu toute connaissance et respire avec peine. Le médecin arrive, constate l'état grave et m'envoie chercher. A sept heure du soir, je trouve le malade en pleine asphyxie; l'air pénétrait dans les bronches, mais inutilement, car elles étaient pleines, et, en écartant un peu les mâchoires, je voyais du pus dans le fond de la gorge. Je pensai qu'un foyer s'était vidé dans le larynx et qu'il fallait ouvrir les voix aériennes pour évacuer le pus. Le malade se cyanosait, la respiration faiblissait rapidement, il n'y avait pas une minute à perdre.

Si, à ce moment, il m'avait fallu faire une trachéotomie, en vérité je ne sais pas comment j'aurais pu m'y prendre. La famille en émoi étant expulsée dans la chambre voisine, le confrère qui m'assistait, et qui eût été un aide excellent, ne pouvait tout faire à lui seul; il tenait une bougie qui m'éclairait à peine, impossible d'arranger le lit et de placer le malade; il fallait aller vite, et la dextérité la plus grande, en de pareilles conditions, ne pouvait me mettre à l'abri d'une hémorrhagie ou de tout autre accident fâcheux. Aussi bien n'étais-je pas en peine : je plaçai le doigt sur le point de repère, en deux coups de bistouri je fis un trou et passai la canule, le tout en moins de temps que je n'en mets à l'écrire; pas une goutte de sang ne souilla la chemise du malade.

Voici la fin en peu de mots. Après l'ouverture du larynx, la respiration n'était pas meilleure et l'asphyxie continuait, quand un effort de toux fit

même, qui donne accès aux grands navires de mer jusqu'à plus de 1,000 kilomètres dans les terres. Il faut remarquer aussi que la partie boréale de l'Amérique du Nord qui s'est déjà débarrassée des glaces est encore dans la période lacustre qui suivit les âges glaciaires. Ces lacs ont déjà notablement diminué, mais, en plusieurs districts, leurs bizarres labyrinthes occupent encore plus de la moitié du territoire; les rivières n'ont point régularisé leurs cours comme celles de la zone tempérée en Europe et en Amérique; mais, comme les courants scandinaves et finlandais, ce sont des enchaînements de lacs irréguliers, unis les uns aux autres par des échelons de rapides, des sauts, des cataractes, des « chaudières ». A cet égard, le Canada est la région la plus curieuse du monde entier; même ses plus grands fleuves, encore jeunes dans l'histoire de la Terre, sont interrompus par de formidables chutes. C'est au pied de ces obstacles que se sont passés quelques-uns des événements les plus remarquables dans les conflits de peuple à peuple. Ainsi le Niagara et l'Ottawa ont été disputés avec acharnement; le Saut du Carillon et les autres rapides du fleuve, gardés par les Iroquois, arrêtèrent la colonisation pendant de longues années. »

On voit avec quelle science et quelle ampleur l'auteur a traité son vaste sujet. On lit d'ailleurs avec plaisir les notions archéologiques qu'il a répandues, les détails qu'il a donnés sur les isthmes et les traînées d'îles qui rattachent l'une à l'autre les deux Amériques et sur les groupes de volcans par lesquels, dit-il, « la planète a comme deux pôles de feu, coïncidant l'un et l'autre avec une région de passage entre deux masses continentales »; des études nouvelles sur le gulf-stream de l'Océan et la description du

sortir un flot de pus par la canule. Dès lors, ma conduite fut toute tracée : je me mis à titiller avec un pinceau le fond de la gorge pour provoquer la toux, et chaque fois le malade expulsait une nouvelle quantité de pus ; si bien qu'au bout de quelque temps l'air pénétra dans les petites bronches, la respiration cessa d'être bruyante, le pouls se releva, le malade reprit connaissance, ouvrit les yeux et nous dit quelques mots. Je le laissai très amélioré, respirant assez bien, mais faible et paraissant disposé à s'endormir. Malheureusement, il s'agissait d'une angine infectieuse, et l'asphyxie mécanique n'était pas seule en cause ; la faiblesse augmenta pendant la nuit, et le malade mourut au point du jour.

Or, je ne vous ai pas raconté ce fait pour juger ce que vaut l'ouverture des voies aériennes dans tel ou tel cas pathologique ; mon but était de vous montrer combien l'ouverture du larynx est facile auprès de la trachéotomie, et combien elle peut rendre service dans les cas de mauvaise installation ou d'urgence absolue, sons compter les autres. Après avoir vu plusieurs trachéotomies désastreuses entre des mains habiles, j'ai fait dix fois la laryngotomie, toujours avec la même facilité et sans le moindre accident. J'ai donc le droit de répéter ce que j'ai dit ailleurs : « Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence. » C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention, et qu'il me paraît utile de remettre en lumière.

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE CHIRURGICALES, par F. GROSS. Paris, J.-Baillière et fils, 1890.

L'auteur s'est proposé d'écrire un livre prenant le milieu entre le simple manuel et le traité complet, et, à en juger par le premier volume qui vient de paraître, il a parfaitement réussi. Du reste, M. Gross a su s'étendre sur les questions les plus impor-

---

gulf-stream du Pacifique, la flore américaine, la faune, où l'on voit que les grandes espèces que possèdent l'Afrique et l'Asie n'ont point leurs pareilles en Amérique ; enfin cette remarque importante que les tribus de l'homme américain se ressemblent d'une manière étonnante de l'une à l'autre extrémité du Nouveau Monde, de sorte que les habitants de l'Amérique du seizième siècle, avant la colonisation européenne, paraissaient constituer un même groupe ethnique.

« La découverte du Nouveau Monde eut sur les destinées de l'humanité une influence de beaucoup supérieure à tout ce que le raisonnement eût pu prédire. » Cette proposition, M. Reclus l'a développée largement. « ...Quelle secousse pour l'esprit humain, quelle incitation à l'étude et aux progrès de toute sorte, quand l'homme put constater, par le témoignage décisif des sens, que la Terre flottait dans l'éther, planète parmi les planètes, l'une des molécules errant par myriades dans l'infini ! » En réalité, toute la civilisation a été bouleversée. Même au point de vue matériel, les changements ont été considérables aussi bien dans le Nouveau que dans l'Ancien Monde. Au milieu du seizième siècle, l'Espagne était la première des puissances européennes et l'on pouvait craindre que Philippe II ne réussît dans ses visées de monarchie universelle. Ici l'auteur nous fait assister à la ruine rapide de cette grande nation perdue par l'excès de l'or, l'inquisition et la monarchie absolue. Il nous rappelle les massacres et les ravages des envahisseurs prétendus chrétiens ; la destruction des travaux de l'intelligence ; les produits de l'art et de la science, qui étaient nombreux et beaux, considérés comme

tantes et surtout donner tous les développements nécessaires à la thérapeutique; les lecteurs trouveront, exposées avec des détails suffisants, toutes les opérations les plus récentes et tous les perfectionnements nouveaux des anciennes opérations.

L'auteur, prenant en considération l'état de rénovation continue de la pathologie générale, se propose de terminer par elle au lieu de l'étudier au début. C'est là le seul reproche que l'on puisse faire à son livre, car enfin l'étudiant aura souvent besoin de connaître parfaitement les processus généraux pour bien comprendre une maladie locale.

M. Rohmer a rédigé les maladies des appareils de la vision et de l'audition, de l'appareil urinaire et du membre inférieur; M. Vautrin quelques autres chapitres. Aidé de ces deux collaborateurs, M. Gross terminera rapidement son œuvre, ce qui est une grande condition de succès. — P. Ch.

THÉRAPEUTIQUE

De l'antisepsie de la bouche.

On sait que la plupart des maladies des dents sont dues à la présence, dans la cavité buccale, de diverses espèces de micro-organismes; mais M. le docteur W. D. Miller, qui a fait une étude approfondie des bactéries qui s'observent dans la bouche, vient de démontrer que bien des maladies locales, et même générales, procèdent de la même cause. C'est pourquoi il estime qu'il y a lieu de faire bien nettoyer la cavité buccale, au moins une fois par jour, avec une solution contenant du sublimé, qui serait le meilleur produit à employer, parce qu'il procure la stérilisation complète de la bouche, si l'on a eu soin de faire préalablement usage de la brosse à dents.

A cette occasion, je ferai remarquer qu'une solution de sublimé ne pouvant être confiée à tout le monde, il serait plus prudent, pour l'usage de la toilette journalière de la bouche, de conseiller l'emploi d'un produit qui, tout en possédant des propriétés antiseptiques bien manifestes, ne serait ni vénéneux ni caustique, afin de pouvoir le laisser, sans crainte aucune, entre les mains des plus inexpérimentés.

Après avoir passé en revue les antiseptiques réels, propres à être employés à cet usage, je n'en ai pas trouvé de préférables au coaltar saponiné qui possède l'avantage d'être absolument inoffensif, malgré l'énergie de ses propriétés antiseptiques, lesquelles sont incontestables (1).

(1) Chacun sait, en effet, que le coaltar saponiné n'a pas cessé d'être employé dans

---

les œuvres du démon et livrés aux flammes, crimes qui ont été châtiés par la déchéance de la nation qui s'en est rendue coupable.

Un aperçu plus intéressant scientifiquement est celui qui a été tracé sur le mélange des races dans le Nouveau Monde; et le fait remarquable que, depuis 1825 seulement, le nombre des habitants a triplé dans les régions fertiles et à climat tempéré de l'Amérique.

Après les considérations et les vues générales, l'auteur est entré dans les descriptions particulières. Celle du Canada occupe la plus grande partie du volume. C'est, en effet, un pays qui nous intéresse vivement, car la France a donné là, dans une grande mesure, la preuve de ses facultés colonisatrices. Peuplé de colons français, le Canada est resté une terre française, où la langue, les mœurs et les traditions de notre race se sont conservées malgré l'éloignement et l'abandon de la mère patrie.

La description du Groënland, de l'Archipel Polaire, de l'Alaska et de l'île de Terre-Neuve complètent ce beau volume.

La sagacité savante avec laquelle l'auteur décrit et interprète les formes, les accidents, ce qu'on pourrait appeler les combinaisons des terrains — des plaines, des reliefs et des eaux — donne la vie, un véritable attrait à ses descriptions, dans lesquelles il a su ajouter à propos les notions d'archéologie, d'ethnologie, d'histoire aux détails nombreux et précis de paléontologie, de géologie, de géographie pure, justifiant ainsi complètement la seconde partie de son titre : LA TERRE ET LES HOMMES. Son style est toujours le même; il unit les deux qualités des grands styles : la correc-

Mais ce n'est pas seulement parce que son emploi n'offre aucun danger que, à mon avis, le coaltar saponiné doit être préféré, pour les soins de la bouche, aux solutions des autres antiseptiques; c'est aussi parce que ses vertus sont complexes. Il doit en effet à la saponine et au tannin de l'écorce de quillaya saponaria, qui entre dans sa composition, ses qualités détersives et toniques qui se manifestent dans l'action bienfaisante de ce produit sur les gencives et la muqueuse buccale; l'action de l'alcool qu'il renferme se fait également sentir; en un mot, le coaltar saponiné n'est pas seulement un antiseptique dont l'emploi est facile et sans danger, c'est un composé qui doit à ses composants de nombreuses qualités qui toutes ont leur ôle utile à jouer.

Du reste, à l'exemple du professeur Gratiolet (1), j'ai très souvent employé le coaltar saponiné dans des cas de gingivites, de stomatites ulcéreuses et pour les soins journaliers de la bouche et toujours avec succès.

C'est pourquoi je n'hésite pas, à l'occasion de la communication du docteur Miller, à attirer l'attention sur une application fort heureuse d'un produit qui nous rend journellement des services dans d'autres circonstances, application beaucoup plus pratique que celle du sublimé dont l'emploi nécessite la surveillance de l'homme de l'art et doit être réservé pour des cas spéciaux.

Le seul reproche qu'on pourrait formuler contre l'emploi du coaltar saponiné pour les soins de la bouche serait sa saveur particulière qui surprend une première fois; mais tout en étant moins désagréable que celle de l'acide phénique, elle se dissipe rapidement. Du reste, l'expérience m'a démontré que les personnes les plus difficiles s'y habituaient facilement à tel point même que, au bout de quelques jours d'usage, j'en ai rencontré

---

les hôpitaux de Paris depuis le jour où il y a été officiellement admis, c'est-à-dire depuis déjà plus de 25 années et cela, malgré les nombreux antiseptiques découverts dans ces dernières années et l'engouement qui s'est manifesté pour quelques-uns d'entre eux.

(1) On lit dans l'ouvrage sur l'acide phénique du docteur Jules Lemaire, page 586, 2e édition, Paris 1865 : « Le professeur Gratiolet, du Muséum, qui respirait si souvent « les émanations putrides des animaux dont il scrutait l'organisation, avait contracté « une gingivite chronique qui avait résisté à une infinité de moyens. Il la combattit avec « le coaltar saponiné qui la fit disparaître comme par enchantement. Il avait constaté, « dans la partie de ses dents, des microphytes dont il n'avait pas déterminé l'espèce. Il « reconnut que ce médicament les avait complètement détruits. »

---

tion et la beauté de la forme, avec l'abondance et l'élévation des idées. Quant aux cartes et aux gravures sur bois, qui sont nombreuses, ce sont de ravissants objets d'art qui embellissent l'œuvre et en éclairent les descriptions.

Dr G. Richelot, père.

Suppositoire contre les coliques hépatiques. — Sénac.

Extrait de belladone ...... }	àà 0 gr. 2 centigr.
Extrait d'opium ...... }	
Beurre de cacao	2 grammes.

F. s. a. un suppositoire. — Pendant l'accès, on peut frictionner l'hypochondre avec de la belladone ou avec du baume tranquille chloroformé. — Bricheteau s'est bien trouvé, dans certains cas, de l'application d'une vessie de glace sur la région du foie. — N. G.

Topique contre les verrues. — Vomaka.

Acide salicylique	10 grammes.
Acide lactique	10 —
Collodion riciné	80 —

Mêlez. — A l'aide d'un pinceau, on étend une couche de ce topique sur les cors et les verrues que l'on veut détruire. — N. G.

souvent qui préféraient le goût du coaltar à celui des préparations ordinaires employées comme dentifrices. Je compare cette accoutumance à celle du tabac pour les fumeurs, qui plaît rarement au début et dont on se prive difficilement dans la suite. — Dr H.

De quelques nouvelles médications.

STÉRILISATION DES SELLES. (*Gazette médicale de Liège*, 1889, 6.)

D'après le docteur Ch. Foot (de New-Haven, Connecticut), les meilleurs désinfectants à employer pour les sels seraient le sublimé corrosif avec acide chlorhydrique, le sublimé avec permanganate de potassium et le chlorure de chaux. Des solutions d'acide phénique à 5 p. 100 et de sublimé à 2 dixièmes p. 100 n'amèneraient pas une stérilisation complète, même si elles sont employées dans la proportion d'une pinte de liquide pour 100 c. c. de déjections.

Le sublimé altère, à la longue, les tuyaux de plomb, tandis que, si on l'emploie seulement pendant quelques jours, il ne présente pas cet inconvénient. Si on doit employer un désinfectant pendant longtemps, et si les déjections sont déversées dans un waters closet, le chlorure de chaux est la substance la plus efficace. Avoir soin de conserver bien bouchées les solutions de chlorure de chaux et ne pas faire usage de solutions datant de plus de huit jours.

ACTION SOMNIFÈRE DU BANDAGE DE CORPS HUMIDE. (*Archives médicales belges*, oct. 1889.)

On connaît depuis longtemps l'effet calmant sédatif et somnifère des bains tièdes prolongés.

Le docteur Alldorfer a imaginé un moyen qui met à la portée de tous les patients les effets sédatifs d'un bain tiède.

Il consiste à envelopper la région lombaire et le ventre avec des linges trempés dans l'eau tiède; on recouvre ensuite ces linges par une large bande de toile imperméable s'opposant à l'évaporation. Enfin, sur le tout, on applique une pièce de flanelle destinée à tenir ce bandage de corps et à prévenir toute déperdition de chaleur.

Le procédé est d'une exécution facile, et son auteur assure qu'il a obtenu des résultats surprenants avec ce simple moyen dans le traitement des insomnies.

TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES PAR LA CHRYSAROBINE. (*Semaine médicale*, 1889, 47.)

M. le docteur Kossubudski a utilisé avec succès, dans un très grand nombre de cad'hémorrhoïdes, le moyen préconisé par M. Unna. Dans le cas où les tumeurs hémorrhoïdaires sont externes, il emploie la chrysarobine de la façon suivante :

Chrysarobine........................	0 gr. 80 centigr.
Iodoforme...........................	0 gr. 30 —
Extrait de belladone.................	0 gr. 60 —
Vaseline............................	25 grammes.

F. s. a. Usage externe.

Mettre une petite quantité de cette pommade plusieurs fois par jour sur les hémorrhoïdes, après lavage préalable avec une solution d'acide phénique à 1/50e ou de créoline à 1/100e.

Si les hémorrhoïdes sont internes, on se servira des suppositoires suivants :

Chrysarobine.........................	0 gr. 08 centigr.
Iodoforme............................	0 gr. 02 —
Extrait de belladone..................	0 gr. 01 —
Beurre de cacao.......................	2 grammes.

F. s. a. Pour un suppositoire.

En trois ou quatre jours, les douleurs et les hémorrhagies disparaissent, et il est rare qu'après deux ou trois mois, la guérison ne soit pas complète. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 16 janvier 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Quelques remarques à propos de l'épidémie actuelle. — M. Gaudichier appelle l'attention de la Société sur trois points : 1° Les sueurs abondantes qu'éprouvent les malades, et qui, au point de vue du diagnostic, lui semblent présenter un intérêt spécial; 2° les variétés infinies de cas que l'on a pu observer, variétés devenant d'autant plus fréquentes que la date de l'apparition de l'épidémie tend à être plus éloignée; 3° la longueur de la convalescence et la persistance de la faiblesse des membres inférieurs; faiblesse non en rapport avec les douleurs lombaires préalables, et contre laquelle les toniques généraux habituellement employés paraissent à peu près impuissants. Pour M. Gaudichier, cette faiblesse des membres inférieurs semble avoir une origine médullaire; de plus, l'auteur a observé quatre cas sérieux d'épistaxis ayant atteint tous des sujets n'offrant cependant que d'autres symptômes bénins.

M. Nicolas, se basant sur la symptomatologie de l'épidémie régnante, telle qu'il l'avait constatée à ses débuts, a autrefois parlé de la « dengue ». Depuis, il s'était incliné devant l'opinion des maîtres, et avait admis avoir affaire à la « grippe ». Mais, ayant été atteint lui-même de l'affection, il revient sur son idée première, et, d'accord avec les principaux médecins des ports de France, il ne croit plus se trouver en face de la grippe simple. Certains symptômes qu'il a observés sur lui-même lui paraissent ne pouvoir être attribués qu'à la dengue. Quant aux causes occasionnelles de cette épidémie, et bien que le mode de propagation semble donner raison à ceux qui en font une maladie microbienne, pour M. Nicolas, comme d'ailleurs pour M. Léon Colin, les conditions climatologiques, sans être admises d'une façon exclusive, ne peuvent cependant être absolument écartées.

Des accidents oculaires qui accompagnent ou qui suivent la grippe-influenza. — M. Gillet de Grandmont, à côté des trois formes nerveuse, catarrhale et gastrique de l'influenza croit pouvoir distinguer trois périodes caractérisées : la première par des troubles nerveux ; la seconde par des accidents congestifs; la troisième par de la déchéance organique. Il a remarqué qu'à chacune de ces périodes correspondaient des troubles oculaires différents. Dans la première période, ce sont surtout les muscles moteurs de l'œil qui sont douloureux, de sorte que le malade préfère clore les paupières plutôt que de fatiguer ses muscles à les mouvofr. Pendant la période congestive, les malades se plaignent de phosphènes lumineux et scintillants extrêmement pénibles. Ils sont dus à des corps phosphomargariques liés à des troubles circulatoires rétiniens. En cas de congestion excessive, il a constaté de l'hyaloïdite avec corps flottants, et parfois même des hémorrhagies miliaires de la rétine ou de la choroïde. C'est pendant cette période que l'on voit des affections à répétition de la cornée ou de l'iris reprendre une acuité imprévue. Enfin, à la période de déchéance apparaissent des phénomènes capables de jeter un certain trouble dans l'esprit des malades. Ainsi, certains sujets hypermétropes, quoique ayant conservé une vue normale par suite de leur puissance d'accommodation oculaire, perdent tout à coup la vision du fait d'une faiblesse de leurs muscles accommodateurs survenant après l'influenza ; certains autres, déjà parvenus à l'âge de la presbytie, mais qui, grâce à leurs muscles accommodateurs, se dissimulaient encore leur âge en s'affranchissant de lunettes, éprouvent subitement le besoin de verres divergents.

M. Duboys de Lavigerie, dans l'influenza, n'a pas observé un graud nombre d'affections oculaires, il a surtout soigné des cas de parésie des muscles accommodateurs. Ces cas lui ont semblé analogues à ceux que l'on observe soit dans l'arthritisme, soit à la suite de la diphthérie. Il a vu également de fréquentes douleurs orbitaires.

M. Leblanc réfute l'opinion faisant d'une épizootie grippale le point de départ de l'épi-

démie actuelle. D'après lui, jamais les animaux domestiques ne se sont mieux portés qu'à présent. Quant à la nature de l'affection, Samson a décrit pour les animaux, il y a trente ans, une diathèse typhoïdique qui lui semble concorder en tous points avec la symptomatologie de l'épidémie régnante.

M. P. Reynier a été frappé du nombre considérable d'otites moyennes qu'il a dû soigner dans ces derniers temps et qui toutes avaient la grippe pour point de départ. Plusieurs faits, dans ces cas, sont à noter comme anormaux : 1° l'intensité de la douleur avant la déchirure de la membrane du tympan est épouvantable; 2° pendant la période de formation de l'abcès, la membrane tympanique ne présente pas la coloration bronzée habituelle; 3° l'écoulement est séro-sanguinolent, mais non purulent; 4° la restauration de la membrane tympanique est des plus facile.

M. Gautrelet a été frappé, au point de vue urologique, de deux faits qui lui semblent non seulement concorder avec les observations cliniques, mais leur apporter une explication physiologique : 1° dans l'influenza, l'hyperacidité est non seulement réelle, mais l'acidité, parfois, est tellement augmentée, qu'elle devient décuple de la normale ; 2° chez tous ces malades, il a constaté de l'indican urinaire. Les phénomènes congestifs se relient à l'hyperacidité, et l'indican est le signe d'une compression médullaire d'origine congestive probable, sous l'influence de l'hyperacidité, comme dans l'arthritisme, son opinion s'appuie encore sur l'action favorable des eaux alcalines et des diurétiques dans l'influenza.

Saint-Yves Ménard rappelle un travail de M. Brun sur la diathèse typhoïdique chez les chevaux, où la symptomatologie décrite est identique à celle de l'épidémie régnante.

M. Tison a vu un certain nombre de cas typiques de grippe. Les symptômes constatés ont été : douleurs lombaires et sus-orbitaires, avec état gastrique peu prononcé; il n'a jamais constaté de troubles cardiaques. Les vomitifs lui ont beaucoup mieux réussi que les purgatifs. Les rapports de l'épidémie actuelle avec les maladies régnantes lui semblent devoir se résumer en ces mots : aggravation des maladies courantes.

Les secrétaires annuels, E. Gautrelet et Dr Bovet.

VARIÉTÉS

Nous lisons, dans la *Gazette médicale d'Orient*, les lignes suivantes, dues à la plume de notre savant correspondant, le docteur Stékoulis, et datée du 9 janvier :

Le mois de décembre a été dur pour la ville de Constantinople, notamment de ses deux quartiers populeux, Péra et Galata. La scarlatine, qui faisait de rares victimes au mois de novembre, ainsi que nous l'avons signalé dans les colonnes de notre *Gazette*, a revêtu la forme d'une épidémie, chose qui n'était pas fréquemment rencontrée dans les annales de la morbidité de notre ville. Les hôpitaux de Péra ont regorgé de scarlatineux, au point qu'ils se sont vus dans l'obligation de refuser les nombreuses demandes d'admission. Les quartiers pauvres ont été notamment visités par l'épidémie; les écoles communales ont vu les rangs de leurs élèves faisant des vides, et la maladie a causé beaucoup de victimes dans les nombreuses maisons où plusieurs familles habitent sous le même toit.

Les bulletins de mortalité de la ville, qui jusqu'à présent n'avaient pas l'occasion de mentionner les décès de scarlatine et d'angine diphthéritique, l'ont fait au mois de décembre. Nous ne voulons pas nous arrêter sur le chiffre des décès de cette maladie, tel qu'il est donné par le bureau de mortalité, parce que cette statistique, étant rarement dressée sur des rapports médicaux, ne répond pas à la réalité des choses. Hâtons-nous cependant de dire, que si la mortalité par cette maladie a frappé l'attention des moukhtars qui s'adressent à l'autorité pour avoir les permis d'enterrement, c'est que la mortalité a été considérable.

Le caractère de l'épidémie a été en général grave. Les formes les plus insolites de la scarlatine, qui ménage tant de surprises aux parents et au médecin, ont été observées. L'état typhique a été le plus souvent constaté, l'hyperthermie, l'éruption presque érysipélateuse, l'albuminurie et l'angine ont prédominé.

Les enfants ont payé en première ligne leur tribut à l'épidémie, mais les adultes n'ont pas été ménagés, surtout parmi les femmes qui avaient à soigner les enfants malades.

L'épidémie, qui avait atteint son point culminant vers la mi-décembre, est entrée en décroissance, et nous avons maintenant plus d'anciens cas à observer, par suite des complications de la maladie, que d'attaques nouvelles.

A peine la scarlatine avait-elle commencé à diminuer ses atteintes, qu'une autre maladie est venue s'implanter dans notre ville. C'est la grippe épidémique. Il y avait bien des cas de cette maladie depuis le commencement du mois, mais ils étaient isolés, et ce n'est que vers la seconde moitié de ce mois qu'ils se sont multipliés : plusieurs cas ont été observés dans la même famille, au point que, l'on peut le dire, dans ce moment il y a peu de maisons qui ne comptent un ou plusieurs malades. C'est une épidémie qui menace de prendre encore une plus grande extension, si l'on prend en bonne note l'état de la saison, froid et humide, particulièrement propice aux catarrhes.

Les symptômes que présente cette épidémie sont les suivants : ordinairement sans prodrôme, le malade est pris de frissons, une fièvre ardente succède, allant jusqu'à 40°.5; larmoiement, catarrhe du nez, toux sèche et saccadée, souvent extinction de la voix, douleurs courbaturales des extrémités, parfois vives. Ces symptômes durent de 1—3 jours, une forte transpiration termine le cours de la maladie, et tout rentre dans l'état normal, sauf la toux, qui résiste pendant quelques jours encore.

A part les atteintes superficielles des muqueuses, aucune localisation dans les organes. Pourtant la rate est engorgée, mais aussitôt la fièvre terminée, son volume anormal disparaît aussi. Le sensorium est parfaitement libre, le tube gastro-intestinal n'est pas affecté et il y a plutôt constipation chez la plupart des malades.

Pour ceux qui ont observé l'épidémie de la dengue, il n'y a pas de doute que l'on se trouve en présence d'une maladie tout-à-fait distincte, bénigne de nature, ne présentant aucune espèce de complication et se terminant toujours heureusement, sans laisser cette longue convalescence de la dengue avec ses nombreuses conséquences.

L'épidémie donc qui sévit parmi nous, tant à Péra et Galata que dans plusieurs faubourgs de la ville, c'est la grippe épidémique, entité morbide parfaitement connue et observée dans plusieurs pays pendant les siècles; elle n'est qu'une forme atténuée de cette pandémie, qui exerce ses ravages dans plusieurs villes de l'Europe, et qui, après la dengue et la scarlatine, vient nous visiter.

Au dire des médecins, les premiers cas observés par eux dans les faubourgs, c'était sur des personnes venant de la ville, de même que l'on affirme que les premiers cas observés à Péra, c'était sur des personnes venues d'Odessa, de Vienne et d'autres pays de l'Europe.

Les pouvoirs publics ont été alarmés de cet état de chose; ils ont prescrit la fermeture des écoles et ils sont en train d'appliquer des mesures de toute sorte pour empêcher la propagation de la maladie. Il est vrai que les mesures sont venues appuyer la tendance de la scarlatine à diminuer ses ravages; elles seraient sans doute beaucoup plus efficaces, si elles étaient prises dès le début de l'épidémie, mais, il est regrettable de l'avouer ici, par suite de la défectueuse organisation du service sanitaire de la ville et par la négligence naturelle ou calculée de la population, l'autorité compétente a été cette fois-ci en retard dans les informations, et par conséquent, dans l'application des mesures prophylactiques qu'elle est en devoir d'adopter pour la circonstance.

Mavrogény-Pacha, le savant archiâtre de S. M. I. le Sultan, s'est empressé de soumettre aux pieds du Trône le résultat des discussions qui ont eu lieu devant la Société impériale de médecine, en présentant un rapport détaillé sur les desiderata et les mesures qu'il y aurait à prendre pour améliorer l'hygiène de la capitale.

Nous signalerons à qui de droit la nécessité de dresser, sur d'autres bases, la statistique de la mortalité de la ville. Les permis d'enterrement ne devront plus être délivrés

que sur la déclaration médicale constatant la cause du décès; c'est ainsi que l'attention de l'autorité compétente sera éveillée, et que des mesures contre les épidémies seront prises à temps.

La Préfecture de la ville a déjà institué une commission médicale au service du quartier populeux de Péra. Cette commission a pour but de suivre la morbidité de la ville, donner des secours aux malades, et prendre des mesures d'isolement et de désinfection. Nous souhaitons que ce service soit permanent et qu'il forme le noyau de l'assistance publique, non seulement pour Péra, mais aussi pour tous les quartiers de la capitale.

Passant aux maladies exotiques, nous avons la satisfaction d'annoncer que le choléra a complètement cessé depuis plus d'un mois, tant en Mésopotamie qu'à Mossoul. Il en est de même pour la peste, en Assyr.

Les quarantaines et autres mesures restrictives applicables contre les provenances de ces pays viennent d'être supprimées par le Conseil de santé. Cependant, le Sud de la Perse ne se trouve pas dans le même état satisfaisant; l'épidémie, quoique atténuée, continue à sévir dans le district de Hamadan, ce qui a motivé le maintien de la quarantaine vis-à-vis des provenances persanes. Dr Stékoulis.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 14 janvier 1890, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Devillez (à Paris); Pamard (à Avignon).

M. le pharmacien Petit (à Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Caminot (à Hendaye); Lasserre (à Vic-de-Bigorre); Pierrot, Richard, Rogron (à Paris); Vaillard, médecin-major de première classe; Wail (à Beuzeval).

M. le pharmacien Joret (à Lanvollon).

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour le prix de l'internat (médecine) vient de se terminer. La médaille d'or est décernée à M. Parmentier; la médaille d'argent, à M. Vaquez, et l'accessif, à M. Nicolle.

— Par suite de la mort de M. Damaschino, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux et hospices civils de Paris :

M. Straus passe de la Pitié à Laënnec; M. Moutard-Martin passe de Saint-Antoine à la Pitié; M. Merklen passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine; M. Faisans passe de La Rochefoucaud à Sainte-Périne; M. Talamon passe du Bureau central à Sainte-Périne.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Legludic, professeur de physiologie, est nommé directeur de ladite Ecole, en remplacement de M. Meleux, décédé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Belmant (d'Arras); Bornier, professeur à l'Ecole de médecine de Besançon; Dubois, ancien secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg, décédé à Nancy; O. Gaillard (de Valence); Guichenet (de Bordeaux); François Humbert (de Nancy); Molard, médecin principal en retraite, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Nancy dans sa soixante-septième année; A. Piroux, ancien médecin des cristalleries de Baccarat, fils du fondateur de l'Institut des Sourds-Muets de Nancy; Pône (de Pontarlier); E. Rougier (d'Arcachon).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), **Dyspepsies, etc., etc.**

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les diabètes glycosuriques : trois types ou espèces distinctes :

Le diabète par lésion nerveuse, diabète traumatique ou spontané (diabète de Cl. Bernard), le diabète maigre ou diabète pancréatique ; le diabète gras ou diabète constitutionnel. — Les coïncidences pathologiques de ce dernier type ne diffèrent pas de celles du rhumatisme chronique. — Ce diabète appartient à la série herpétique.

Leçon recueillie par MM. GUYON et DUDEFOY, internes du service.

Messieurs,

Vous m'avez entendu vous dire, dans notre dernière réunion, qu'une des formes du diabète sucré, généralement désignée sous le nom de *diabète gras*, coexiste fréquemment avec le rhumatisme chronique, ou du moins avec les manifestations qui lui font cortège. Cette coexistence, ai-je ajouté, trouve sa raison d'être dans des troubles divers de l'innervation ; troubles trophiques limités à certains points pour l'arthrite rhumatismale, troubles nutritifs pour le diabète gras.

S'il en est ainsi, le diabète glycosurique, pas plus que le rhumatisme chronique, ne peut être considéré, avec la plupart des auteurs classiques, comme une entité pathologique ; il n'est qu'un syndrome lié à des maladies diverses.

Déjà, dans un travail antérieur, j'ai cherché à démontrer qu'il existe trois espèces de diabète nettement distinctes, à savoir : 1° le diabète si bien étudié par Cl. Bernard qu'il pourrait porter son nom ; c'est le diabète qui succède à un traumatisme ou à une lésion du système nerveux ; 2° le diabète dit maigre ou diabète pancréatique, parce qu'il se lie manifestement à une destruction de cet organe, comme je me suis appliqué à le démontrer depuis plus de dix ans ; 3° le diabète dit gras ou diabète constitutionnel, affection absolument distincte des deux autres et qui a des rapports plus ou moins intimes avec le rhumatisme chronique (1). Les deux premières espèces n'ayant aucune relation avec cette dernière affection, je me contenterai de vous signaler leurs principaux caractères, me réservant de vous parler plus longuement du diabète gras.

Effet d'un traumatisme ou d'une lésion quelconque portant sur certains points du système nerveux, notre première espèce diabétique survient dans des conditions fort diverses. On sait que c'est en piquant le quatrième

(1) Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine.*

ventricule sur un point spécial entre les origines des deux pneumogastriques que Cl. Bernard est arrivé à la produire pour la première fois; mais d'autres excitations du système nerveux, des pneumogastriques notamment, peuvent lui donner naissance, et il n'est pas très rare de le voir apparaître à la suite d'un traumatisme général, comme celui d'une chute sur la tête ou sur la colonne vertébrale, déterminant un fort ébranlement de l'encéphale ou de la moelle épinière. Certaines lésions situées au niveau du quatrième ventricule, ou encore sur le trajet des nerfs pneumogastriques, ont été quelquefois accompagnées de ce même diabète qui n'est, en somme, qu'un accident subordonné au siège, à la nature et à l'étendue de la lésion matérielle du système nerveux. Dans ces circonstances, il est facile de se rendre compte de la variabilité des symptômes et de la marche d'une affection de ce genre, et l'on comprendra facilement que cette variabilité soit un de ses principaux signes. La glycosurie, la polyphagie, la polydipsie et la polyurie sont rarement excessives; la santé générale se conserve assez bien; la terminaison est souvent favorable, et lorsque la mort survient, c'est ordinairement à la suite des progrès de l'altération du système nerveux ou d'une maladie fébrile intercurrente dont l'un des premiers effets est la disparition de la glycosurie, ainsi que Cl. Bernard l'avait signalé pour son diabète expérimental, et que nous l'avons observé tout récemment chez un de nos malades atteint d'une lésion encéphalique.

Bien différente est notre seconde espèce diabétique. Indépendante de tout traumatisme ou de tout désordre nerveux, elle se manifeste, en général, au milieu de la plus parfaite santé, et sans obésité préalable, d'abord par une soif des plus vives, une polyurie et une glycosurie abondantes. A ces phénomènes s'ajoute une polyphagie considérable, et, fait digne de remarque, plus le malade mange, plus il maigrit et perd de forces. Ce ne sont pas seulement les forces physiques qui s'anéantissent peu à peu, mais encore les facultés intellectuelles et la puissance génitale, à tel point qu'au bout d'un ou deux mois, le pauvre diabétique se sent entièrement épuisé. Dévoré par la soif, il rend de cinq à sept litres d'urine dans les vingt-quatre heures; la quantité de glycose contenue dans ce liquide dépasse en général 300 grammes dans ce même espace de temps, et peut approcher de 500 grammes. Jointe à la déperdition générale des forces, à l'amaigrissement rapidement progressif, cette glycosurie, à début brusque, caractérise nettement une forme spéciale de diabète; ajoutons qu'elle s'accompagne fréquemment de la chute des cheveux et des dents, qu'elle évolue en deux ou trois ans et se termine, pour ainsi dire, fatalement par la mort. Elle a pour lésion anatomique enfin l'atrophie ou mieux la destruction complète du pancréas habituellement produite par des obstructions diverses de son canal excréteur. Deux faits nouveaux indépendamment de ceux que nous avons déjà publiés viennent de s'offrir à notre observation, toujours avec les mêmes caractères, de telle sorte que l'existence d'un diabète spécial lié à l'altération du pancréas ne peut plus être contestée. La reproduction expérimentale de ce diabète par l'ablation totale du pancréas effectuée dans ces derniers temps ne peut laisser aucun doute sur cette forme spéciale qui, en réalité, constitue une espèce distincte de celle qui précède et aussi de celle qui suit, comme nous allons le voir.

Le diabète constitutionnel ou diabète gras, dit encore diabète arthritique,

est une espèce non moins bien déterminée que les deux précédentes. Héréditaire par sa nature, il est une sorte de manière d'être de l'individu qui en est affecté; pourtant, s'il commence avec l'existence, la glycosurie ne se constate guère qu'à un âge déjà avancé de la vie, rarement à l'époque de la puberté. C'est le plus souvent à partir de l'âge de 30 ans, et presque toujours à la suite d'une obésité plus ou moins prononcée, qui est comme une première phase de ce mal. L'embonpoint survient à la fin de la période d'accroissement, c'est-à-dire vers l'âge de 21 ans chez la femme, de 25 ans chez l'homme; il s'accentue peu à peu sans altération appréciable de la santé générale, et vers l'âge de 30 à 35 ans se déclare une soif ordinairement peu vive, un léger degré de polyurie et de la glycosurie. La proportion de sucre rendue dans les vingt-quatre heures est le plus souvent faible, au-dessous de 100 grammes; toutefois, elle peut dépasser ce chiffre et atteindre 200 grammes ou même plus. Cette glycosurie est, du reste, très variable, et en quelque sorte subordonnée à la fatigue intellectuelle et physique du malade, à son genre de vie; elle augmente sous l'influence des fortes émotions, comme cela se voit chez les hommes de bourse, diminue avec le repos, un régime et une hygiène convenables. Très souvent même, elle est intermittente plutôt que continue, et, de cette façon, passe inaperçue aux yeux du médecin peu attentif. Les phénomènes de polyphagie, de polydipsie et de polyurie sont assez peu accentués. L'obésité persiste, mais, dans quelques cas, le malade maigrit d'une façon sensible pendant un certain temps pour revenir ensuite à son état habituel; aussi vit-on longtemps dans ces conditions, et il n'est pas rare de trouver des individus comptant vingt, trente et même quarante ans de maladie. C'est là une preuve qu'il s'agit bien plutôt d'une manière d'être de l'organisme que d'une véritable maladie. En conséquence, il n'y a pas lieu d'être surpris si ce diabète entraîne rarement la mort par lui-même, et si celle-ci est l'effet d'une complication ordinaire : anthrax, érysipèle, pneumonie, tuberculose, gangrène du poumon, anurie, etc., bien que ces complications soient beaucoup plus rares dans cette forme de diabète que dans le diabète maigre, ou d'une affection concomitante, hémorrhagie ou ramollissement cérébrale, néphrite artérielle, etc. Les faits venant à l'appui de ce que nous avançons sont nombreux, vous en trouverez plusieurs dans nos salles.

Au nº 20 de la salle Piorry est couché un homme de 46 ans, dont la mère, morte à 69 ans, était diabétique et eczémateuse, et dont une sœur a succombé, à 47 ans, à une hémiplégie datant de dix mois. Ce malade a eu de fréquentes épistaxis pendant sa jeunesse, puis il a pris de l'embonpoint vers l'âge de 30 ans, et enfin, après avoir éprouvé à plusieurs reprises des douleurs articulaires, il a été pris, à l'âge de 40 ans, d'une véritable poussée de rhumatisme chronique, qui a laissé à sa suite des ostéophytes périarticulaires. Depuis assez longtemps, il est atteint de polydipsie et de polyurie sans polyphagie bien manifeste. En 1886, il a eu une éruption furonculeuse, puis a maigri, s'est affaibli et, peu de temps après, a été obligé de cesser son travail.

Admis dans notre service le 11 juillet 1888, ce malade pèse 112 livres au lieu de 160, il est chauve, a de la blépharite ciliaire, des varices aux jambes et de l'artério-sclérose généralisée; les viscères sont sains et fonctionnent régulièrement, à part le tube digestif qui est sujet à des alternatives de diarrhée et de constipation. L'appareil nerveux n'est pas lésé, mais on constate

l'abolition des réflexes patellaires et un notable affaiblissement de la vision à droite surtout, produit par la présence sur la rétine, de ce côté, d'une plaque noirâtre déchiquetée sur les bords et paraissant due à un épanchement de sang. La quantité des urines rendues dans les vingt-quatre heures est de quatre litres et demie, leur densité de 1,035, leur réaction acide ; la proportion de sucre dépasse à peine 50 grammes par litre, il n'existe aucun précipité albumineux.

Jusqu'à la fin de janvier 1889, il ne se produit aucun changement bien appréciable dans l'état de ce malade, si ce n'est : l'augmentation de son poids (126 livres), une albuminurie peu abondante et intermittente, accompagnée parfois d'un œdème passager des jambes, et une glycosurie oscillant entre 20 et 50 grammes.

Ce malade en était là lorsque, le 18 février, il se réveille avec une hémiplégie incomplète du côté gauche, un léger degré d'aphasie et de paralysie faciale sans hémianesthésie; au bout de quelques jours, il peut marcher en s'appuyant sur une canne.

En avril, il est pris d'une violente céphalée avec constipation et diminution de la quantité des urines, qui présentent un nuage d'albumine. Nous reconnaissons là des symptômes d'insuffisance urinaire qui sont énergiquement combattus par des purgatifs : eau-de-vie allemande, huile de croton tiglium, lavement des peintres. Une amélioration ne tarde pas à se produire et le malade revient à son état antérieur. Depuis lors, il n'a présenté rien de particulier.

Une femme de 65 ans qui ne peut nous renseigner sur l'état de santé de ses ascendants, mais qui nous dit être sujette à de la dyspepsie, aux diarrhées, aux névralgies, aux bronchites, a présenté vers l'âge de 30 ans un assez fort embonpoint et parut se bien porter jusqu'à ces dernières années, où elle s'est trouvée atteinte de polydypsie, de polyurie et d'un léger degré de polyphagie. Tout récemment elle s'est amaigrie et cette circonstance est la principale raison pour laquelle elle a demandé son admission à la Pitié.

Cette femme, dont les réflexes rotuliens sont abolis et la sensibilité diminuée à gauche, accuse des douleurs névralgiques dans le côté droit de la tête; elle est atteinte d'hémorrhoïdes, de bronchite et d'emphysème, éprouve des craquements articulaires et présente des ostéophytes au niveau des articulations phalangiennes, de l'artério-sclérose et un léger degré d'hypertrophie cardiaque. Elle émet dans les vingt-quatre heures de deux litres à deux litres et demi d'une urine non albumineuse qui contient 32 grammes environ de sucre par litre, de 11 à 12 grammes d'urée. Sous l'influence d'un régime approprié et du traitement, cette malade s'est améliorée et a augmenté de poids.

Une dame de 45 ans, dont la sœur est diabétique et qui est depuis longtemps obèse et migraineuse, fut prise tout à coup, en 1883, à la suite d'un état fébrile, de céphalée, de vomissements verdâtres qui me firent penser à une crise d'urémie et, en effet, l'examen des urines me révéla la présence de sucre et d'albumine dans les urines. Un traitement énergique ne tarda pas à avoir raison de cet accès et la malade se rétablit, puis fut reprise cinq à six fois des mêmes accidents dans l'espace de quatre ans. Dans l'intervalle des crises, la santé était normale, le sucre et l'albumine disparaissaient même quelquefois. En 1887, cette même malade était atteinte d'une arthrite sèche au niveau des deux genoux; les orteils des deux pieds sont restés légèrement déviés en dehors.

Je pourrais citer un plus grand nombre d'observations, mais je m'en abstiens, car elles ne seraient que la répétition des précédentes; d'ailleurs, elles montreraient comme elles la coexistence du rhumatisme chronique et des désordres qui l'accompagnent généralement, avec la forme de diabète que nous désignons sous le nom de *diabète gras*. Cette forme diabétique, n'étant jamais isolée, ne peut donc être envisagée comme une maladie réelle, mais bien comme un syndrôme rentrant, avec les migraines, les hémorroïdes, le rhumatisme chronique, etc., dans la grande famille pathologique de l'herpétisme et dépendant, comme toutes ces manifestations, d'un trouble primitif de l'innervation.

Cette conception du diabète gras nous donne l'explication de certaines coïncidences pathologiques attribuées à tort à la glycosurie, la sciatique, par exemple, dont on a fait une dépendance de la glycosurie, et qui n'est qu'une manifestation concomitante de cette affection. Elle permet encore de se faire une idée juste des accidents cérébraux, si communs dans le cours ou, mieux, à une période avancée de ce diabète. Ces accidents, dont je me demandais jusque dans ces dernières années s'ils étaient cause ou effet, me paraissent aujourd'hui n'être que la conséquence de l'artério-sclérose, autre manifestation des plus communes chez les diabétiques qui nous occupent. Il en est ainsi de l'albuminurie et de l'atrophie des reins, désordres également communs chez ces mêmes malades et comme les précédents subordonnés à l'altération du système artériel.

Le diabète en question est une affection essentiellement héréditaire, et comme il coexiste fréquemment avec des arthrites sèches déformantes, il est facile de se rendre compte de son existence chez les descendants de rhumatisants. Il se développe à l'occasion de certaines circonstances adjuvantes telles que: fatigue, émotions vives, excès vénériens, etc. Sa marche est lente, parfois continue, souvent aussi intermittente. Sa durée est toujours longue, de plusieurs années. Certaines personnes atteintes, entre 30 et 40 ans, parviennent à vivre jusqu'à 80 ans et même plus. Ce fait à lui seul aurait pu suffire à différencier cette forme de diabète des deux autres, et surtout du diabète maigre dont la durée ne dépasse guère trois ans, car il est contraire aux lois de la pathologie, qu'une même maladie ait une durée variant de 2 à 50 ans.

Notons en passant qu'il existe au point de vue de la marche du diabète gras des différences entre le malade de la ville et celui de l'hôpital; le premier, plus à même de surveiller les troubles de sa santé, s'aperçoit plus tôt de l'existence de la glycosurie; il se soigne, va à Vichy, refait ses forces; le second, s'occupant moins de sa santé, dans l'obligation où il est de travailler, reconnaît son affection plus tardivement, se soigne moins et nous présente l'évolution la plus naturelle de la forme de diabète que nous étudions spécialement ici.

Les modes de terminaison du diabète gras sont variables, mais, contrairement au diabète maigre, la mort est par exception le fait d'un dépérissement excessif ou de l'acétonémie. Le plus souvent en effet le malade se trouve emporté par une complication : anthrax, tuberculose; par une maladie intercurrente : érysipèle, pneumonie, etc.; par une des lésions consécutives à l'artério-sclérose : hémorrhagie ou ramollissement cérébral, néphrite artérielle compliquée d'urémie.

Le diabète gras est facile à reconnaître, car, indépendamment de ses caractères particuliers et de son évolution spéciale, il se distingue

encore par la nature des affections qui le précèdent ou l'accompagnent. La plupart du temps, le malade qui en est atteint est né de parents rhumatisants, goutteux ou athéromateux, tout au moins hémorrhoïdaires, eczémateux ou migraineux, et plusieurs de ces désordres, nous le savons, se retrouvent chez lui-même, coexistant avec la glycosurie dont les caractères sont d'ailleurs bien différents de ceux des autres formes de diabète. Le pronostic est ici relativement bénin, si surtout le malade sait se soumettre à une hygiène convenable, dans la majorité des cas cela suffit; la mort prématurée est due à ce qu'il s'en écarte.

L'hygiène est la base du traitement du diabète gras; un régime azoté, l'exercice musculaire, l'air et l'hydrothérapie, tels sonf les moyens à opposer à ce mal. L'obésité, la glycosurie, la diminution de l'acide carbonique dans l'exhalation pulmonaire, l'augmentation de la proportion d'urée dans les urines, sont autant de circonstances qui portent à admettre avec Bouchard l'insuffisance des oxydations, un trouble de la nutrition générale. L'indication thérapeutique en pareil cas est d'exciter cette nutrition par tous les moyens à notre disposition.

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure qu'il existe non pas une maladie diabétique, mais des formes multiples de diabète. Parmi ces formes, il en est une qui, en raison de sa coexistence habituelle avec le rhumatisme chronique ou ses coïncidences pathologiques, a tout particulièrement attiré notre attention; c'est la forme que nous avons désignée autrefois sous le nom de diabète gras. Il ne faudrait pas croire cependant que les rapports que nous cherchons à établir entre cette affection et le rhumatisme déformant aient échappé jusqu'ici à l'attention des auteurs. Il suffit, pour se convaincre du contraire, de consulter le remarquable traité des maladies des vieillards du professeur Charcot. Le rapprochement entre le diabète et la goutte s'y trouve nettement établi, mais ce qui n'y est pas indiqué, c'est la forme particulière du diabète goutteux. Ce diabète est celui dont nous venons de parler, car la goutte et le rhumatisme chronique ne font pas deux affections distinctes, comme nous espérons le prouver dans notre prochaine leçon.

BIBLIOTHÈQUE

ÉTUDE CRITIQUE SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL CONTEMPORAIN DU PROLAPSUS UTÉRIN, par le docteur Em. GAUJA. — Thèse de Bordeaux, 1889.

La diversité des méthodes employées contre le prolapsus utérin justifie le titre de ce mémoire; aussi espérions nous voir se dérouler devant nous toute la série des actes opératoires dirigés contre cette affection. Nous avons été un peu déçu; la thèse inaugurale du docteur Gauja, bien que conçue en excellents termes, est un peu courte, sans index bibliographique, et l'auteur prend soin de nous avertir qu'il se bornera à l'examen de trois opérations principales : le *raccourcissement des ligaments ronds*, le *cloisonnement du vagin*, la *laparo-hystéropexie*.

L'opération d'Alquié-Alexander trouve en M. Gauja un défenseur convaincu sans doute, mais un peu trop enthousiaste. L'auteur pense que « le raccourcissement des ligaments ronds domine toute la thérapeutique du prolapsus utérin chez la femme jeune, qu'il doit être employé dans *tous les cas*, que c'est par lui qu'il faut *attaquer tous les prolapsus* ». Cela n'empêche point M. Gauja de reconnaître l'extrême difficulté, parfois même l'impossibilité de découvrir les ligaments ronds, la friabilité et la rupture de ces

ligaments entre des mains exercées (1), les accidents de péritonite, de suppuration et d'érysipèle survenus dans la pratique d'Alexander lui-même.

Sur quel nombre d'observations est fondée l'appréciation de cette méthode? L'auteur en relate six avec cinq succès et une récidive complète; mais il est bien difficile de faire, dans les succès, la part qui revient à l'Alexander, puisque, dans trois observations, on dut lui associer des opérations complémentaires. Et puis, il nous semble impossible que de l'histoire de cinq malades se dégage une preuve quelconque. Il n'eût pas été difficile de recueillir un plus grand nombre de faits, et tous n'auraient pas été à l'avantage de la méthode. Les discussions qui ont eu lieu au sein de la Société de chirurgie (2) ont mis la question au point. Nous voyons nos maîtres les plus compétents en pareil matière, MM. Trélat, Tarnier, Richelot, Segond, se déclarer les adversaires du raccourcissement des ligaments ronds contre l'utérus prolabé (3).

M. Gauja est moins chaud quand il s'agit du cloisonnement vaginal, d'après la méthode du professeur Le Fort. Sur 15 observations, il relève 10 résultats immédiats excellents, 5 insuccès. Il lui paraît nécessaire, jusqu'à plus ample informé, de rayer le cloisonnement vaginal du cadre de la thérapeutique chirurgicale des prolapsus chez les jeunes sujets. Il devient discutable chez la femme âgée.

Quand il s'agit de l'hystéropexie, alors M. Gauja devient très défiant. Il débute par une petite erreur chronologique : c'est bien à M. Terrier que revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier en France cette opération par un *procédé spécial* qui la rend sienne en quelque sorte; mais ce n'est pas en *1886*, c'est le 7 *août 1888*. L'auteur rapporte six observations, alors qu'il en existait onze à l'époque de la publication de son travail; actuellement, on en connaît quinze (4). Pour lui, l'hystéropexie reste au chirurgien comme dernière ressource, quand il a fait des appels réitérés et infructueux aux autres méthodes. Ses alarmes relatives à la grossesse et à l'accouchement seront diminuées par deux observations ayant trait à des femmes qui, après l'hystéropexie, ont été fécondées et sont accouchées à terme. M. Gauja est un peu sévère pour une opération qu'il n'a jamais vu faire, mais qui a donné et donne d'excellents résultats.

Quelques lignes de ce travail sont consacrées à l'opération de Freund ou rétrofixation; mais celle-ci n'inspire que de l'aversion à notre auteur, qui regarde enfin comme aveugle et dangereuse la ligature élastique vantée par Thomas (de Tours).

Jusqu'ici, nous ne trouvons que des appréciations modérées; mais le jeune docteur bordelais change de ton quand il aborde la discussion de l'*hystérectomie vaginale*. Nous déclarons avoir été stupéfait en lisant ce passage.

Commentant l'observation où M. Richelot pratiqua, pour un prolapsus, l'extirpation de l'utérus par la voie vaginale (5), M. Gauja, dans un accès d'indignation toute juvénile, trouve que ce fait restera le témoin d'une hardiesse que personne ne doit imiter. L'auteur a-t-il raison de frapper ainsi d'ostracisme une opération excellente par elle-même et qui devenait l'intervention de choix dans le cas particulier? Non certes, et nous espérons le lui prouver en discutant l'opportunité de l'hystérectomie chez la malade en question. Il ne s'agit nullement, dans ce cas, d'une prouesse irréfléchie, mais bien d'une opération répondant ici à des indications spéciales et qui ont été absolument remplies. M. Gauja, s'il eût été au lieu et place de M. Richelot, eût pratiqué le cloisonnement vaginal; mais M. Richelot y a également songé, il en a discuté la valeur, et ne s'est arrêté à l'hystérectomie vaginale que prévoyant l'insuffisance du cloisonnement, et guidé

(1) M. Richelot, avec d'autres auteurs, a démontré que l'opération peut échouer par la constitution défectueuse du ligament rond, et, reproche plus grave, peut amener des *hernies inguinales*.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*; séance du 27 mars, p. 265.

(3) Pour plus de détails, voir notre thèse, p. 93 : *Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin*. Librairie du *Progrès médical*. Thèse, Paris 24 juillet 1889.

(4) Voir notre thèse, page 103. Depuis, quatre nouvelles opérations de ce genre ont été pratiquées : trois par M. Terrier, trois succès; la quatrième, par Cushier, résultat inconnu.

(5) Voir notre thèse, p. 66.

d'ailleurs par la facilité et l'innocuité de l'ablation de l'utérus en de pareilles conditions. Il l'a faite, comme il le dit, de *propos délibéré*. L'auteur reproche au vulgarisateur de l'hystérectomie vaginale, en France, d'avoir fait une opération impuissante et suivie de récidive; mais, ici encore, M. Richelot a prévu l'objection. « Si l'on pensait, dit-il, que mon intervention était radicale et supprimait toute chance de récidive, on ferait erreur. » Ainsi, l'opérateur savait qu'après l'ablation de l'utérus, la chute des parois vaginales pouvait se reproduire et nécessiter une opération anaplastique ultérieure. Seulement, s'il avait fait d'emblée l'anaplastie vaginale, avec des parois très lâches et une vulve béante, elle eût eu peu de chances de succès; elle devenait sûre, au contraire, après la suppression du poids de l'utérus. L'hystérectomie déblayait, pour ainsi dire, le terrain, et rendait possible une réparation efficace et durable : c'est, d'ailleurs, ce que l'événement a démontré : le prolapsus des parois s'étant reproduit après la cicatrisation de la plaie vaginale, M. Richelot fit le cloisonnement, et la malade guérit définitivement (1).

Nous jugeons les faits sans parti pris, avec le seul désir de nous faire une opinion sur la question. Pour nous, la réhabilitation de l'hystérectomie vaginale contre le prolapsus est faite ou plutôt n'est pas à faire; et nous sommes heureux de nous inscrire en faux contre un jugement qui tendrait à discréditer un acte opératoire appelé à rendre de grands services. L'hystérectomie vaginale est une opération légitime et efficace; opération de choix, le plus souvent, chez les femmes âgées, elle peut être discutée et mise en parallèle, chez les femmes jeunes, avec la laparo-hystéropexie. — Paul Dumoret.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Encore la grippe.

I

A peu près partout l'épidémie de grippe tire à sa fin et il semble vraiment qu'il en soit temps, à en juger par la multiplicité des complications signalées de toute part.

Dans tous les pays, la pneumonie a été l'accident le plus grave. Leyden, à la Société de médecine de Berlin (séance du 6 janvier), a insisté sur son importance. Très souvent il y a simplement de la congestion pulmonaire avec râles crépitants et sous-crépitants, pas de matité et des crachats rouillés ou non. Une seule fois on a pu trouver le pneumocoque dans l'expectoration.

Une pleurésie particulière avec un épanchement séro-purulent abondant a été signalée par Furbringer comme accompagnant souvent la pneumonie.

Du reste, de même que Nothnagel, à Vienne, les médecins de Berlin ont noté la fréquence insolite des pneumonies fibrineuses graves survenant indépendamment de l'influenza elle-même.

Sur un grand nombre de malades, on a observé des tendances aux hémorrhagies profuses : purpura, épistaxis, métrorrhagies. Dans un cas de ce genre, où l'examen du sang fut fait après la mort, on trouve la proportion des globules rouges abaissée de moitié.

Meyer a vu la maladie provoquer une fausse couche. — M. Landolt (*Sem. méd.*, 1890, 3) a décrit l'œdème et les abcès des paupières.

Holz (Société de médecine berlinoise, 8 janvier 1890) a rapporté les observations de cinq cas graves. Dans l'un il y eut une épistaxis si abondante qu'elle faillit entraîner la mort; dans deux une entérite cholériforme suivie de convulsions et de coma. Un autre

---

(1) Tout dernièrement, M. Richelot a fait l'hystérectomie vaginale pour un prolapsus utérin qu'il avait d'abord traité par la colporrhaphie et qui avait récidivé. La raison de cet insuccès était le *poids* de l'utérus, qui était bourré de petits fibromes. Dans ce cas, l'anaplastie vaginale était impuissante, l'hystéropexie ou l'Alexander n'auraient pas empêché le développement des fibromes, l'ablation totale de l'utérus était seule indiquée.

malade eut un rappel de diathèse syphilitique datant de quatorze ans. Enfin la dernière observation se rapporte à un jeune homme qui, dans une récidive, eut des accès de suffocation dus à l'augmentation de volume de la moitié droite du corps thyroïde; il y avait en même temps une légère exophthalmie double, un ptosis à droite avec rétrécissement de la pupille, tout cela dû sans doute à la compression du sympathique. Le malade a guéri, mais la tuméfaction thyroïdienne persiste.

M. Peter (*Bull. méd.*, 1890, 6) a décrit, dans une de ses cliniques, les complications bronchiques et pulmonaires. La bronchite est fréquemment purulente d'emblée, en ce sens que les crachats manquant, ou très rares et muqueux, prennent brusquement l'apparence de ceux de la caverne pulmonaire. La pneumonie est très fréquente chez les gens atteints d'une tare organique quelconque, surmenage, diabète, albuminurie, maladie du cœur. Cependant elle est loin d'être fatale dans ces cas et on a cité déjà des observations de grippe dont l'évolution a été normale chez des cardiaques (Pignol, Leyden).

M. Peter a beaucoup insisté sur la valeur pronostique mauvaise d'une expectoration composée de mousse sanglante, tirant son origine de la congestion énorme dont les poumons sont le siège; à l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants à la partie supérieure de la poitrine, des râles crépitants fins à la partie moyenne, des signes de condensation au niveau des bases. La complication est d'autant plus redoutable qu'elle apparaît très rapidement. Les alcooliques, les diabétiques, les emphysémateux ont beaucoup à redouter le catarrhe suffocant.

M. Peter a aussi mentionné des formes anormales qui ont, du reste, été observées un peu partout. Telle est la forme syncopale dans laquelle la maladie peut débuter par la perte de connaissance qui se répète parfois les jours suivants.

Dunin a étudié la marche de la maladie en Pologne. Il a noté à peu près les mêmes symptômes qu'en France et groupés selon les mêmes formes. Les myalgies, les névralgies étaient fréquentes, et, parmi ces dernières, surtout celle du nerf cubital et la sciatique. Il n'a jamais vu l'augmentation de la rate ni l'apparition d'exanthèmes. L'angine, la conjonctivite catarrhale, le catarrhe nasal ont été rares; la trachéobronchite plus fréquente.

En Russie, M. Katicheff s'est occupé spécialement des douleurs névralgiques qui se rencontrent dans l'épidémie actuelle (*Médecine moderne*, 1890, 3, 56). Il a noté les particularité suivantes dans ces névralgies :

1° Tandis qu'auparavant les névralgies se localisaient ordinairement à un seul territoire nerveux, maintenant elles occupent plusieurs régions à la fois; les extrémités supérieures et inférieures ou les nerfs intercostaux et ceux du cou;

2° Dans une même région elles occupent une étendue plus grande; la névralgie sciatique, par exemple, monte jusqu'aux plexus sacré et lombaire; elle atteint tous les nerfs qui en émanent, excepté le nerf obturateur;

3° Ces névralgies reparaissent promptement, non pas dans les nerfs primitivement atteints, mais dans un autre;

4° Elles se montrent dans des nerfs qui ne sont jamais, ou du moins très rarement, atteints (le grand nerf auriculaire et occipital antérieur).

L'auteur met ces névralgies sous la dépendance de névrites périphériques. La marche en est bénigne.

Pour Rybalkin (*Méd. mod., loco cit.*), outre la névralgie, on observe dans l'épidémie actuelle des lésions plus profondes des nerfs moteurs et même des cornes antérieures de la moelle. M. Sokoloff rattache les névralgies à une altération des centres vasomoteurs.

Notre collègue et ami le docteur Le Gendre a fait des observations intéressantes sur les malades qu'il a eu à traiter (*Concours méd.*, 1890, 2). Il a observé six pneumonies qui ont guéri, bien que plusieurs de ses malades présentassent des tares organiques (maladies du cœur). Par contre, une jeune femme bien portante antérieurement a succombé, dans le cours de sa pneumonie, à des accidents méningitiques manifestes. Chez une jeune fille, il note successivement une pneumonie gauche, des frottements péricardiques,

une pleurésie double, et enfin des foyers pneumoniques à droite. La bronchite, qui est fréquente, existe souvent sur la partie latérale du thorax en forme de bandes s'étendant en pointe vers l'aisselle ou le mamelon; on trouve dans ces régions des plaques de râles sous-crépitants fins et de râles-frottements que M. Le Gendre compare au froissement arthritique décrit par Colin. Ces zones de bronchite s'accompagnent souvent de très peu de symptômes fonctionnels et sont très insidieuses, car elles peuvent passer facilement inaperçues dans une auscultation rapide; si alors le malade s'expose au froid, la pneumonie ou la broncho-pneumonie se développe très facilement.

M. Le Gendre a aussi rencontré de nombreux exemples de névralgies horriblement douloureuses; il cite surtout les névralgies des rameaux supérieurs du trijumeau, les ophthalmalgies avec tension du globe oculaire, les névralgies dentaires sans dents cariées. Le coryza avec écoulement séreux ou séro-purulent d'une abondance extraordinaire a parfois duré assez longtemps.

L'accablement, la perte des forces, hors de proportion avec la durée de la maladie, ont été remarquables dans ces cas comme dans ceux recueillis par la plupart des médecins.

M. Pignol (*Méd. mod.*, 1890, 2, 34) a publié une courte note sur les cas qu'il a observés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Germain Sée. Plusieurs tuberculeux ont été atteints; chez les uns, il n'y a pas eu d'aggravation; chez quatre, il s'est développé des pneumonies à forme massive; chez quatre cardiaques, il n'y a pas eu d'accidents graves. Le début par le coryza est noté comme exceptionnel; chez plusieurs malades qui avaient des jointures déjà douloureuses (blennorrhagie, syphilis), le premier phénomène a été une douleur dans ces articulations. M. Pignol a vu un cas avec exanthème. Il insiste sur la constance de deux phénomènes : la tuméfaction de la rate et la dilatation du ventricule gauche donnant un galop diastolique gauche. Cette dilatation apparaît dès le début et ne disparaît que quand la fièvre cesse; elle est indépendante de toute action médicamenteuse. Bien que M. Pignol n'y insiste pas, nous ferons remarquer l'importance de cette dilatation cardiaque, qui fournit une grande indication thérapeutique.

II

M. Dujardin-Beaumetz, dans une de ces dernières leçons (*Bulletin de thér.*, 1890, 2, 19), a magistralement résumé le traitement de l'épidémie actuelle.

Dans la forme douloureuse, ce sont les antithermiques analgésiques qui sont les plus utiles. L'antipyrine sera donnée dans un grog ou du thé à la dose de 2 à 3 grammes par jour. Pour l'exalgine, on emploiera la formule suivante :

Exalgine	2	gr. 50 centigr.
Alcoolat de menthe	10	grammes.
Eau de tilleul	120	—
Sirop de fleur d'oranger	30	—

La phénacétine peut être donnée à la dose de 2 grammes en deux fois; enfin, comme dernière ressource, on aura les injections de morphine.

C'est l'opium qui donnera les meilleurs résultats contre la forme gastro-intestinale. M. Dujardin-Beaumetz conseille de donner trois fois par jour 10 gouttes d'élixir parégorique dans un peu de lait ou du thé chaud, de combattre, suivant les cas, la constipation ou la diarrhée, et recommande l'immobilité absolue. M. Peter (*loco citato*) s'élève contre l'emploi des vomitifs.

Les formes catarrhales, où la fièvre a un caractère intermittent des plus nets, sont le triomphe des préparations de quinine, que l'on doit associer à l'antipyrine quand il y a des phénomènes douloureux; la teinture de racine d'aconit à la dose de 10 gouttes par jour est encore utile.

Une des grandes indications est de relever les forces du malade. Aussi, devra-t-on employer largement les boissons stimulantes, et, en tête, le thé au rhum. On a tenté contre la pneumonie, qui est la principale des complications, des injections intra-trachéales de naphtol dissous dans l'eau (20 centigr. par litre; — injecter 350 c. c.). Cette

pratique, expérimentée dans le service du professeur G. Sée, est un peu exceptionnelle. Le plus généralement, on dirigera contre les complications pulmonaires la médication toni-cardiaque, car *c'est presque toujours par le cœur que succombent les malades*. De là, l'emploi des alcools, de la caféine, du strophantus, de la digitale. Pour la caféine, on emploiera surtout en injections sous-cutanées en se servant de la formule suivante :

Caféine	} àâ	2 grammes.
Benzoate de soude		
Eau bouillie		6 —

Injecter une seringue entière deux ou trois fois par jour.

Dans certains cas d'asphyxie imminente avec cyanose, on a beaucoup conseillé la saignée; les résultats qu'en a obtenus M. Dujardin-Beaumetz n'ont pas été très favorables.

Pour combattre l'épuisement de la convalescence, M. Le Gendre (*loc. cit.*) s'est bien trouvé de la strychnine à haute dose (6 milligr. *pro die*), des phosphates solubles et des préparations de quinquina. Contre les bronchites persistantes, il a surtout employé les expectorants et les balsamiques.

Terminons en disant avec lui que, dans les complications pneumoniques, il ne faut pas employer de vésicatoire, mais que l'on peut se servir *larga manu* des ventouses sèches, des cataplasmes sinapisés et des pointes de feu. — P. Rodais.

REVUE DES JOURNAUX

Opération sous l'influence de l'hypnotisme. — Bien que rares encore, les opérations de ce genre commencent à faire quelque bruit dans le monde médical. En voici un exemple récent :

Un garçon de 17 ans, suédois, entre le 8 septembre 1889 à l'hôpital Saint-Barnabé (de Minneapolis), dans le service du docteur Wood pour une ostéo-myélite du tiers supérieur de l'humérus. Le docteur Toll l'hypnotisa six fois dans les trois jours qui précédèrent l'opération, afin de l'y habituer; au moment de l'opération, on l'hypnotisa dans son lit, puis on le conduisit à l'amphithéâtre où on le fit coucher sur le lit. Plusieurs fistules furent explorées, grattées, injectées, puis on fit une incision de 4 pouces de long à la face externe du tiers supérieur du bras, jusqu'à l'os, et à l'aide du ciseau on fit une ouverture de 3 pouces de long et de 3/4 de pouce de large jusqu'au canal médullaire, ce qui fut très difficile à cause de l'éburnation de l'os. Pansement très facile parce que le patient prit toutes les positions nécessaires, au commandement. Enfin on lui ordonna de se réveiller à midi et de demander à manger, ce qu'il fit ponctuellement. Aucune douleur apparente pendant l'opération. (*New-York med. Record*, 4 janvier 1890, p. 11).

Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 janvier. — Présidence de M. Le Dentu.

M. le Président prononce son discours de clôture en insistant sur ce fait que la chirurgie française attache toujours la plus grande importance aux indications et contre-indications opératoires; les membres de la Société sont les régulateurs de la chirurgie moderne.

M. le Secrétaire annuel résume les travaux de la Société en 1889.

— M. le Secrétaire général fait l'éloge de M. le professeur Legouest.

— M. le Président proclame les lauréats de la Société pour l'année 1889.

Prix Duval. — M. le docteur Carlier (de Lille), thèse sur le « doigt à ressort ».

Prix Gerdy. — M. le docteur Delbet (Paris), mémoire sur la « suppuration du petit bassin ».

Prix Laborie. — Mention honorable à MM. les docteurs Bœckel (Strasbourg), travail sur les « kystes du pancréas » (avec 600 fr.); L.-H. Petit, travail sur la « rupture du biceps » (avec 400 fr.); Schmidt, travail sur « l'ostéome de la cuisse des cavaliers » avec 200 fr.).

FORMULAIRE

De l'iodure d'argent contre les catarrhes de la conjonctive. — Warlomont.

1° Nitrate d'argent cristallisé..............	3 gr.	56 centigr.
Eau distillée..............................	3	50 —
Glycérine pure..............................	6	50 —

Faites dissoudre, et enfermez dans un flacon noir bouché à l'émeri.

2° Iodure de potassium..................	3 gr.	32 centigr.
Eau distillée..............................	3	60 —
Glycérine pure..............................	6	50 —

Faites dissoudre et enfermez dans un flacon blanc. — On mélange dans un verre de montre deux gouttes du flacon noir avec trois gouttes du flacon blanc, et à l'aide d'un pinceau trempé dans le produit ainsi obtenu, on touche les paupières renversées. — L'iodure d'argent préparé ainsi à l'état naissant est efficace contre les catarrhes de la conjonctive aigus, subaigus et chroniques. Il calme l'état aigu des conjonctivites granuleuses et du trachôme, avec ou sans pannus. — N. G.

COURRIER

Concours. — Le lundi 17 mars 1890, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 3 février 1890, jusqu'au lundi 24 du même mois, inclusivement.

— A Nancy (population 84,519 habitants), le nombre des décès causés par la bronchite, la broncho-pneumonie et la pneumonie, pendant les onze premiers jours du mois de janvier, était de quatre en 1885, six en 1886 et 1887, huit en 1888 et 1889; il s'est élevé à vingt-huit en 1890. (*Bulletin hebdomadaire du Bureau d'hygiène.*)

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou,* puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier *(Quinquina jaune royal granulé)* représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Broussais. — Docteur H. BARTH.

Des complications de la grippe.

Messieurs,

Après tout ce qui s'est dit, par les voix les plus autorisées, sur l'épidémie actuellement régnante, il peut sembler superflu d'en parler encore. Cependant, la manière dont cette épidémie s'est manifestée dans notre service à l'hôpital Broussais a été tellement typique, elle nous a si bien mis sous les yeux le mode de développement, les formes et les complications de cette maladie assez improprement dénommée l'*influenza*, que je crois utile de retracer brièvement les faits pour en tirer avec vous les enseignements qu'ils comportent.

C'est le 20 décembre dernier que la grippe épidémique a fait son apparition dans nos salles; jusque-là, par un singulier hasard, aucun individu atteint de cette affection ne nous avait été amené du dehors, et aucun cas (notez ce fait) ne s'était produit ni parmi nos malades ni dans le personnel qui les soigne. Le même jour, trois hommes se présentaient à l'hôpital et étaient admis dans notre salle Delpech. Deux d'entre eux étaient des jeunes gens de 20 à 25 ans; le troisième, un robuste ouvrier de 48 ans. Leur histoire était presque identique : en pleine santé, sans autres prodromes qu'un peu de lassitude et de malaise général, ils avaient été pris subitement de frisson, de fièvre et d'un violent mal de tête; en quelques heures, les symptômes avaient pris une telle intensité que ces malades, pourtant durs à eux-mêmes et habitués à peu s'écouter, avaient cru être atteints d'une fièvre typhoïde ou de quelque autre maladie grave et s'étaient hâtés de se faire transporter à l'hôpital. En les examinant, vingt-quatre heures après le début, nous trouvions le pouls entre 104 et 112, la température dépassant 40 degrés (elle atteignait 41°2 chez le plus âgé des trois malades), la face rouge et vultueuse, la peau chaude et sèche; tous trois se plaignaient d'une céphalalgie intense, de douleurs lombaires et articulaires violentes, d'une sensation de brisement général inexprimable; toutefois, l'examen détaillé des divers organes ne révélait aucune localisation de quelque importance, il y avait à peine un peu de rougeur diffuse du pharynx et quelques râles fins, presque imperceptibles à la base des deux poumons; un seul des malades avait la langue épaisse et blanche, accusait des vomissements et de la diarrhée; les autres se plaignaient seulement d'inappétence; aucun ne présentait d'albuminurie.

Je me suis contenté de prescrire 1 gramme de sulfate de quinine, à

prendre chaque matin en deux doses, à une demi-heure d'intervalle. Dès le lendemain, la fièvre avait notablement diminué, ainsi que le mal de tête; le jour suivant, la température était normale; il persistait seulement un peu d'état saburral des voies digestives, et une sensation de faiblesse et d'abattement hors de proportion avec l'intensité et surtout avec la durée de la maladie. Un ou deux purgatifs, un peu de noix vomique ou d'extrait de quinquina, quelques jours de repos, et nos trois malades se déclaraient eux-mêmes en état de quitter l'hôpital.

Mais entre temps plusieurs cas intérieurs s'étaient manifestés dans nos salles, tant parmi les infirmiers que parmi les malades, et présentaient, chez ces derniers surtout, une allure infiniment plus sérieuse.

Le 22 décembre, deux jours après l'arrivée des premiers malades, un jeune homme de 24 ans, couché au n° 15 de la salle Delpech et atteint d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, était pris brusquement de fièvre, de céphalalgie et de tous les symptômes que je vous énumérais tout à l'heure, mais, en outre, une toux quinteuse et incessante dénotait chez lui une violente irritation trachéo-bronchique. Après une courte rémission entre le second et le troisième jour, vous avez vu la température remonter, la dyspnée devenir intense, le malade accuser des douleurs violentes en ceinture, au niveau des attaches du diaphragme. L'auscultation révélait tous les signes d'une bronchite aiguë généralisée, avec nombreux râles fins, surtout aux bases. La toux, très quinteuse, très pénible, ne ramenait que quelques crachats muqueux, peu abondants; il y avait perte complète d'appétit, sueurs profuses et une grande faiblesse. Nous avons dû appliquer successivement deux vésicatoires, administrer le kermès, la térébenthine, sans préjudice des toniques. La convalescence a été lente et, trois semaines après le début, le malade n'a pas encore recouvré toutes ses forces.

Le même 22 décembre, un autre malade de la salle Delpech, le n° 19, depuis longtemps en traitement pour une bronchite chronique avec dilatation des bronches, et qui allait aussi bien que possible, a été pris, lui aussi, d'une fièvre violente avec mal de tête, rachialgie et courbature. Dès le surlendemain, sans aucune rémission de la température, il se plaignait d'étouffements, de douleurs thoraciques; en même temps, les crachats, jusqu'alors presque blancs et sans odeur appréciable, prenaient une putridité marquée et une coloration brunâtre de mauvais augure. En très peu de jours, la faiblesse a fait de rapides progrès, des foyers de râles fins avec respiration soufflante se sont manifestés en divers points des poumons; il s'est produit de la diarrhée, des sueurs visqueuses, puis du coma, et le malade n'a pas tardé à succomber. A l'autopsie, nous avons trouvé les bronches dilatées, remplies d'une sanie infecte, et de nombreux noyaux de broncho-pneumonie putride parsemant le parenchyme pulmonaire.

Le même jour encore, toujours dans la salle Delpech, le malade couché au n° 9, atteint de néphrite chronique avec hypertrophie cardiaque, était pris d'une grippe en apparence bénigne, comme vous le montre son tracé thermométrique. Mais presque aussitôt la maladie changeait de caractère: sans frisson, sans point de côté, il se manifestait de la toux, une dyspnée rapidement croissante, et le malade commençait à rendre en abondance des crachats visqueux, rouillés, nettement pneumoniques. L'auscultation ne révélait aucun foyer distinct d'hépatisation; le malade présentait d'ailleurs depuis longtemps des signes de congestion pulmonaire aux deux

bases. Mais, insensiblement, la matité, les râles crépitants gagnaient un niveau plus élevé, surtout à droite, la respiration devenait soufflante des deux côtés, la fièvre augmentait d'intensité et s'accompagnait de délire; bref, cinq jours après le début de la grippe, trois jours après l'invasion de la pneumonie, le malade était mourant; il a été emmené en cet état par sa famille et nous avons su qu'il avait succombé la nuit suivante.

D'autres cas encore, qu'il serait par trop long de signaler, se sont produits dans les salles voisines, presque tous aux mêmes dates. Plusieurs infirmiers et infirmières ont également été atteints. Chez ces derniers, la maladie a été généralement bénigne et sans complications; il faut cependant faire exception pour une de nos surveillantes, qui, ayant commis l'imprudence de reprendre trop tôt son service, a été atteinte consécutivement d'une laryngo-trachéite, très intense et très tenace, dont elle n'est pas encore entièrement débarrassée après plus de trois semaines. Dans les mêmes conditions, une malade de notre salle Axenfeld, qui a voulu sortir le lendemain même de la chute de la fièvre, a été prise d'une double otite de la caisse du tympan, avec douleurs d'oreilles très vives et suppuration abondante par le conduit auditif externe.

Ces quelques exemples, qu'il me serait facile de multiplier, surtout en faisant appel aux souvenirs de ma pratique privée, suffisent à vous montrer les caractères principaux de l'épidémie que nous traversons, et pourquoi, si bénigne dans la grande majorité des cas, la grippe peut avoir quelquefois des conséquences d'une gravité extrême. Que voyons-nous, en effet? Tous ceux qui sont atteints en pleine santé, sans maladie antérieure, et qui ont soin d'eux-mêmes jusqu'à leur entier rétablissement, échappent à toute complication sérieuse. Au contraire, ceux qui, déjà malades d'autre chose, viennent à contracter secondairement la grippe, ceux qui, sous prétexte que l'affection est bénigne, négligent les précautions nécessaires, voient, les uns, leur état antérieur s'aggraver, les autres leur grippe dégénérer en angine, en bronchite, voire en pneumonie. Car il en est de l'*influenza* comme de beaucoup d'autres maladies infectieuses, graves surtout par l'altération qu'elles impriment au terrain organique. Prise en elle-même, la grippe est peu dangereuse, mais elle ouvre la voie à d'autres facteurs morbides qui vont trouver le sujet désarmé : elle ne tue pas les malades, mais elle les rend vulnérables. Cette action pernicieuse paraît s'exercer de deux façons. D'abord, la fièvre grippale a sur les centres nerveux une influence débilitante toute spéciale, comme le prouvent la céphalée intense, la rachialgie, l'abattement précoce et persistant des forces; rien de surprenant qu'un malade atteint de diabète, d'albuminurie, d'une affection cardiaque ou pulmonaire soit par-là rendu incapable d'une plus longue résistance, et voie se précipiter l'issue fatale dont il semblait encore éloigné. Puis le propre de cette bizarre maladie est de créer une détermination catarrhale ou plutôt fluxionnaire sur la plupart des muqueuses ; chez les sujets sains, qui savent se tenir à l'abri des causes de refroidissement ou d'infection, cette congestion légère est de courte durée et passe même complètement inaperçue; mais il suffit d'une sortie intempestive, d'un courant d'air froid, d'un germe morbide rencontré par hasard pour transformer la fluxion en inflammation et pour déterminer soit une otite, soit une bronchite, soit une pneumonie; plus rarement une conjonctivite ou une entérite.

Comment s'expliquer cette influence pathogène de la grippe? Je vous l'ai dit : en se rappelant la pathologie générale des maladies infectieuses, telle

que l'ont faite les travaux des Pasteur, des Brieger et des Bouchard; car la grippe est incontestablement une maladie infectieuse, disons mieux, une maladie microbienne, virulente et transmissible. Au début de l'épidémie actuelle, beaucoup de bons esprits en doutaient : on subissait inconsciemment l'influence de la tradition et (comme naguère pour le choléra) on s'attachait à la théorie des causes cosmiques; mais aujourd'hui, en présence de la marche si caractéristique de la maladie, l'hésitation n'est plus permise, et il n'est même pas besoin de la découverte (annoncée déjà) du microbe pathogène pour permettre d'affirmer la nature parasitaire de la grippe.

Il s'agit, vous le savez, d'une maladie très anciennement connue, dont les épidémies se répètent à peu près tous les dix ans depuis plusieurs siècles, et dont la description clinique se retrouve dans tous les anciens traités de pathologie. Par parenthèse, si on avait pris la peine de relire quelques-unes de ces descriptions, on aurait vu qu'elles reproduisent trait pour trait le tableau clinique de la maladie actuelle, et on se serait moins hâté de proclamer qu'il s'agissait d'un mal nouveau, inconnu et mystérieux. Les anciennes épidémies de grippe avaient toute progressé de l'est à l'ouest : celle-ci n'a pas failli à la règle, et c'est à Moscou, puis à Saint-Pétersbourg qu'elle a été signalée d'abord, vers le commencement du mois d'octobre. On s'est fondé là-dessus pour dire que la maladie venait de Constantinople, et pour l'identifier avec la dengue, fièvre éruptive spéciale qui sévit épidémiquement dans le bassin oriental de la Méditerranée. Mais il est aujourd'hui démontré que la grippe (ou l'influenza, si vous aimez mieux) n'a aucun rapport avec la dengue, et il paraît beaucoup plus rationnel de placer le point de départ de l'épidémie actuelle à la foire de Nijni-Novgorod. Cette foire, qui se tient chaque année au mois de septembre, réunit des marchands de tous les peuples soumis à la Russie et notamment des diverses peuplades de l'Asie centrale; ses principaux clients européens sont précisément Moscou et Saint-Pétersbourg, les deux villes dans lesquelles l'épidémie d'*influenza* a été d'abord scientifiquement constatée. Les cas, d'abord rares et isolés, sont bientôt devenus extrêmement nombreux à Saint-Pétersbourg; la moitié au moins de la population a été atteinte. La maladie s'est répandue dans un grand nombre de villes et de provinces de la Russie occidentale. Vers le milieu de novembre, elle faisait son apparition à Copenhague. Huit jours plus tard, on la signalait à Berlin, à Munich, à Bruxelles; puis à Paris, à Vienne, à Londres, à Madrid, en un mot dans presque toutes les capitales. Vers le milieu de décembre, on annonçait que l'épidémie avait franchi l'Atlantique et sévissait à New-York; en même temps, indifférente aux latitudes, elle envahissait l'Afrique du Nord par Tanger, Oran, Alger, Tunis.

Dans tous les pays qu'elle a visités, la grippe s'est comportée d'une façon identique : éclatant d'abord dans la capitale ou dans les villes par où passent les grands courants commerciaux, elle y reste quelque temps localisée; elle ne visite même pas d'emblée tous les quartiers, mais semble frapper de préférence certaines agglomérations : grands magasins, casernes, administrations publiques, établissements d'instruction; peu à peu elle se propage de maison en maison et il n'est pas une famille qui ne compte des malades. En même temps les localités suburbaines, les villes reliées par chemin de fer sont successivement envahies, puis c'est le tour des villages et enfin des hameaux, des fermes isolées : la marche de l'épidémie ne

semble obéir à aucune loi, elle ne suit aucune direction déterminée ; elle procède par rayonnement, vers tous les points cardinaux à la fois.

Comme l'ont fait remarquer plusieurs auteurs, cette marche de la grippe est tout à fait comparable à celle du choléra ; elle suffit à ruiner la théorie qui attribue aux conditions météorologiques, et notamment aux vents d'est, la diffusion de la maladie. Si l'influenza était apportée sur l'aile des vents, elle se propagerait suivant une zone continue, et toutes les localités, petites ou grandes, comprises dans cette zone seraient simultanément envahies. Or Paris a été infecté presque en même temps que Berlin, tandis que Nancy, placé entre ces deux villes, a été pris seulement trois semaines plus tard, et la Lorraine après Nancy. C'est là, du reste, une particularité qui ne se retrouve pas dans les anciennes épidémies : il y a cinquante ans, la grippe marchait plus lentement, par petites étapes, et non par bonds de deux cents lieues ; elle se diffusait régulièrement comme une inondation, au lieu de procéder par foyers successifs à rayonnement individuel. Comment ne pas être frappé de ce changement d'allures, en rapport avec le perfectionnement des moyens de transport ? Aujourd'hui, grâce aux trains de luxe, Berlin est plus près de Paris que tel village de la banlieue, dépourvu de communications ; c'est sur les grandes lignes internationales que les échanges sont les plus fréquents et les plus rapides ; un Parisien ou un Londonien qui tombe malade à Berlin ou à Vienne n'aurait pas pris la diligence pour rentrer chez lui ; il n'hésite pas à prendre l'express, au risque de rapporter l'épidémie. Si on admet que la grippe est contagieuse, et que l'homme malade en est le vecteur principal, on n'est plus embarrassé pour comprendre comment toutes les capitales européennes ont été prises presque en même temps, ni comment New-York a enregistré ses premiers cas quinze jours après Londres (quand il suffit de huit jours à un paquebot pour franchir l'Atlantique).

Mais, à l'appui de ces inductions, nous ne manquons pas de faits positifs, qui mettent la contagion hors de doute. Je ne parle pas des épidémies locales, comme celles du magasin du Louvre, de l'Ecole polytechnique, etc., dont l'origine première est restée inconnue, je fais allusion aux cas dans lesquels une localité jusqu'alors indemne a été envahie manifestement à la suite de l'arrivée d'un malade du dehors ou d'un colis contenant des effets à usage provenant d'un endroit infesté. C'est ainsi qu'à Montpellier, selon le professeur Grasset, l'épidémie a débuté par un voyageur arrivé la veille de Paris, où il avait visité les magasins du Louvre. A Brest, le vaisseau-école le *Borda* a eu presque tout son effectif malade après le déballage d'une caisse d'effets envoyés de Paris à un officier : pendant ce temps, deux autres navires mouillés en rade à peu de distance du *Borda*, mais sans communication avec lui, restaient complètement indemnes. Vous avez vu ce qui s'est passé ici même à l'hôpital Broussais, où l'entrée des premiers malades dans nos salles a été suivie deux jours plus tard d'une véritable épidémie intérieure. Dans une famille de ma clientèle, la mère a été prise la première, deux jours après être allée visiter une de ses sœurs atteinte de grippe ; deux jours plus tard, cinq personnes de son entourage, enfants et domestiques, tombaient malades simultanément ; le père seul épargné. Presque tous les médecins de Paris ont pu observer des faits analogues ; ceux de la province, dans des conditions plus favorables, en ont cité d'encore plus probants. En maint endroit, des châteaux, des fermes isolées ont vu la grippe éclater après le voyage

d'un de leurs habitants à la ville voisine, d'où il avait rapporté le germe de la maladie. Autre argument, celui-là négatif, mais non sans valeur : dans les localités les plus infestées, on a vu les prisons, les couvents cloîtrés rester indemnes.

Il est inutile d'insister davantage : vous conclurez sans doute avec moi que la grippe est une maladie microbienne, qu'elle est contagieuse et qu'elle se transmet, sinon toujours, du moins très souvent, directement d'homme à homme. La période d'incubation paraît être courte : deux à trois jours au plus; la puissance de multiplication et de diffusion du germe morbide semble considérable; on ignore combien de temps sa virulence persiste. La réceptivité varie selon les ages : les jeunes sujets sont pris en plus grande proportion que les vieux; les très jeunes enfants ne sont atteints que légèrement ou restent même tout à fait indemnes. Sur l'ensemble d'une population, le nombre des malades dépasse, en général, la moitié des habitants.

La maladie, quand elle éctate dans une agglomération, est d'abord bénigne : fièvre, mal de tête, rachialgie, très léger catarrhe gastro-intestinal ou bronchique. Mais bientôt le virus se fortifie par la culture et des formes plus sérieuses apparaissent ; c'est alors qu'on note de l'hyperthermie, des phénomènes cébraux, de la tuméfaction de la rate, de l'albuminurie et une épuisement nerveux qui ouvre la porte aux complications. Celles-ci, très nombreuses, atteignent souvent les sujets débilités par une maladie antérieure, et ceux qui ont voulu abréger la convalescence.

Il fait citer d'abord une laryngo-trachéite tenace, avec gêne rétro-sternale, enrouement, toux convulsive, durant parfois plusieurs semaines, et pouvant, chez les sujets prédisposés, servir de préface à la tuberculisation pulmonaire. L'angine pultacée ou herpétique, le coryza postérieur, la pharyngite s'observent aussi très souvent; peu grave en elle-même, cette dernière est parfois (chez les enfants surtout) le point de départ d'une inflammation de la trompe d'Eustache, qui aboutit elle-même à une otite de la caisse, avec suppuration plus ou moins prolongée par le conduit auditif : chez les sujets strumeux, l'otite, si elle n'est pas soignée, peut passer à l'état chronique et aboutir à la carie du rocher.

Mais parmi les complications de la grippe, les plus graves, et, il faut bien le dire, les plus fréquentes, sont les complications thoraciques. La bronchite généralisée s'observe dans un sixième des cas; elle est surtout à redouter chez les emphysémateux, les cardiaques, les albuminuriques; chez ces derniers, elle dégénère souvent en broncho-pneumonie. Un peu moins commune, la pneumonie fibrineuse est encore plus redoutable, car on la voit se développer chez les plus vigoureux et parfois les terrasser en deux ou trois jours. On sait, depuis les travaux de Ménétrier, que la pneumonie dans la grippe n'est pas une simple localisation du virus grippal, mais bien une pneumonie véritable, entée par infection secondaire sur la maladie primitive. Or, le pneumocoque se rencontre, à l'état latent et inoffensif, chez beaucoup de sujets sains; mais le bacille encore inconnu de la grippe lui prépare évidemment le terrain d'une façon toute particulière, peut-être en raison de la détermination fluxionnaire qu'il provoque dans les petites bronches. A la faveur de ces conditions spéciales, le pneumocoque prolifère sourdement, mais avec une rapidité incroyable; souvent les lésions qu'il détermine sont diffuses, à forme plutôt lobulaire que lobaire, et les signes physiques ne sont pas ceux d'une pneumonie franche,

mais plutôt d'une broncho-pneumonie ; de même les symptômes fonctionnels sont remarquablement insidieux : il n'y a ni frisson ni point de côté, mais seulement un redoublement de fièvre, de la dyspnée et des crachats visqueux rouillés, d'une abondance parfois excessive. Cette forme de pneumonie est remarquable par son caractère infectieux, par l'adynamie précoce qu'elle détermine, par l'albuminurie abondante, par la tuméfaction de la rate, par la fréquence des localisations extra-pulmonaires, dans les méninges, dans l'endocarde, etc. La marche est très irrégulière; quand elle ne tue pas dans les cinq premiers jours (ce qui est la règle), on observe souvent une fausse défervescence, bientôt suivie d'une nouvelle ascension fébrile; parfois la pneumonie prend la forme migrative ; parfois elle est suivie d'empyème, d'abcès du poumon, de phlébite ou d'arthrite infectieuse.

Ce n'est pas tout : le pneumocoque ainsi cultivé sur un terrain propice voit sa virulence accrue; il devient contagieux à son tour, et c'est ainsi qu'à l'épidémie de grippe on voit souvent succéder une épidémie de pneumonie qui lui survit plus ou moins longtemps. Nous venons de voir plusieurs de ces pneumonies malignes. Dans une prochaine conférence, je vous en parlerai plus en détail et je vous montrerai comment, au défaut de toute autre thérapeutique, la méthode des bains froids réussit souvent à en triompher.

BIBLIOTHÈQUE

La délivrance d'Emin Pacha d'après les lettres de H. M. Stanley, publiées avec l'autorisation de l'auteur, par J. Scott Keltie, bibliothécaire de la Société royale de Londres. — Paris, 1890, librairie Hachette.

La délivrance d'Emin Pacha exposée en grande partie dans les lettres remarquables de Stanley est un drame émouvant qui n'a pas duré moins de trois ans, au milieu des plus terribles événements. « Ces événements ont vivement frappé l'imagination publique. L'extraordinaire énergie du célèbre explorateur américain, a pu, seule, avoir raison des obstacles de tout genre que lui opposaient la nature, les hommes, jusqu'à ceux-là mêmes qu'il venait délivrer. » Il fallait, en effet, une nature trempée comme celle de Stanley, au point de physique et au point de vue intellectuel, pour triompher des difficultés et des dangers de toutes sortes qu'il a bravés avec un courage et une résolution peut-être sans exemple, et qu'il nous a fait connaître dans ses lettres si simples de style et en même temps marquées au coin de l'énergie.

Les lettres de Stanley sont toujours intéressantes, surtout lorsqu'il nous décrit l'effrayante et longue traversée de la forêt africaine, à la sortie de laquelle, ses compagnons de voyage, même les plus sérieux, se montrèrent presque fous du bonheur d'échapper enfin à tant de souffrances : « ... Des hordes de buffles, d'élans, d'antilopes, restaient immobiles à regarder cette troupe compacte, qui poussait des hurlements de joie en émergeant des sombres profondeurs de la forêt ! »

La géographie a beaucoup à gagner au récit de ce voyage dans des pays jusque-là inconnus à l'Europe; de plus, on y trouve des faits qui sont du domaine de l'anthropologie et qui appellent toute la méditation des savants sur la question grave de la diversité des types humains. L'auteur nous peint les aborigènes comme incorrigiblement sauvages et cruels, par conséquent comme n'ayant fait aucun pas vers une civilisation quelconque dans la série des siècles. Mais il signale en particulier dans la forêt de petits nains, qui sont bien des êtres humains, qui ne paraissent appartenir à aucune race connue, et qui sont pires que les autres naturels de la localité. Ces nains, que l'auteur dénomme les Ouamboutti, armés de flèches empoisonnées, qu'ils savent lancer avec

adresse, blottis derrière des végétaux épais ou dans quelque coin obscur de la forêt, n'ont cessé de harceler, pendant cette dangereuse traversée, la troupe qui marchait à la délivrance d'Emin Pacha, blessant et même tuant plusieurs des voyageurs. Ce fait est loin d'être favorable à la doctrine de l'unité primitive de l'espèce humaine.

Ainsi, le livre publié par la librairie Hachette, indépendamment de son intérêt général, présente un intérêt particulier au corps médical, principalement à ceux de ses membres qui ont l'homme pour objet spécial de leurs études. — Dr G. Richelot père.

REVUE DES JOURNAUX

Perforation de l'estomac communiquant avec le colon. — M. S. West a lu, le 19 novembre, à la *Pathological Society* de Londres, l'observation d'un homme de quarante ans qui avait été reçu, le 15 août 1889, à Saint-Mary's Hospital pour des accidents rappelant l'obstruction intestinale.

Ce malade avait des vomissements fécaloïdes, comme dans l'étranglement intestinal, et cependant il n'avait pas de constipation opiniâtre. Comme, trois ans auparavant, ce malade avait été pris subitement de douleurs violentes au niveau de l'épigastre, accompagnées de vomissements, on pensa, bien que cliniquement la chose fût loin d'être démontrée, qu'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac ayant amené une fistule gastro-colique.

Au mois de septembre, M. Cripps, qui vit le malade en consultation, proposa une incision exploratrice qui fut acceptée et pratiquée. Mais cette exploration ne donna aucun résultat au point de vue du diagnostic et le malade mourut le lendemain de l'opération.

A l'autopsie on trouva, reposant sur un fond cancéreux, un ulcère de l'estomac qui avait perforé les parois de cet organe et en avait amené la communication avec le colon.

M. West insiste sur la rareté d'un tel cas, et fait remarquer que l'ulcère et le cancer avaient évolué sans produire des troubles bien

M. Moore ne croit pas qu'il soit si rare d'observer des affections cancéreuses de l'estomac évoluant sans grands troubles. Il rapporte l'observation d'un malade qui était soi-disant mort d'anémie pernicieuse et qui présentait, comme l'autopsie l'a démontré, un cancer de l'estomac.

M. Roger Williams a vu plusieurs cas analogues, dans lesquels le seul symptôme morbide était une tumeur.

M. Morgan rappelle le cas d'un homme de cinquante huit ans qui avait été bousculé, lors d'une des dernières fêtes données au Lord-Maire, et qui, une semaine seulement après son accident, avait commencé à éprouver de violentes douleurs au niveau de l'estomac. M. Morgan examina le malade à Charing Cross Hospital et conclut à une péritonite, due à la rupture d'un anévrysme.

Il ouvrit l'abdomen, qui contenait une certaine quantité d'un liquide trouble, non odorant, mais il ne trouva aucune lésion des organes abdominaux. Le malade mourut quelques heures après l'opération et, à l'autopsie, on trouva une perforation de l'estomac produite au niveau d'une ulcération ancienne. — (*Bulletin médical* du 27 novembre).

P.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur A. Laurent (de Rouen), qui prie l'Académie de ne pas voter l'obligation de faire bouillir le lait avant d'avoir fait faire, en province, une enquête suffisante;

2° Un mémoire sur la révulsion locale dans le traitement de la fièvre typhoïde, par M. le docteur E. Schoull;

3° Une Etude sur l'influence du tannin de Mimosa considéré comme fébrifuge et spécialement comme anticachectique dans les cas rebelles à l'action des sels de quinine, par M. le docteur A. Bourlier;

4° Un rapport du médecin du lycée de Bastia, relatif à une épidémie de pelade qui sévit dans cet établissement;

5° Des notes sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au Havre en 1889, par le docteur Maze; à Rambervillier (Vosges), par le docteur Pernet; à Thiel (Allier), par le docteur Tourneux.

— M. Bouchard communique ses *recherches bactériologiques sur la grippe*. Il rapporte d'abord, d'après le docteur Tueffert, ce qui s'est passé à Montbéliard.

La grippe a débuté à Montbéliard le 13 décembre 1889. Avant cette époque, elle sévissait dans les villes avoisinantes, à Neufchâtel, au Locle, etc. Le 6 décembre, un habitant de Montbéliard, de passage à Paris, reste pendant une grande partie de la journée dans une infirmerie où étaient soignés des malades grippés. De retour à Montbéliard, il est frappé par l'épidémie le 13.

Le 17, ses deux filles sont atteintes.

Le 19, son fils.

Le 20, un ami de ce jeune homme, avec lequel il est en relations quotidiennes, devient malade.

Le 21, le père de ce dernier.

Le 23, le beau-frère du précédent.

Le même jour, la femme du premier malade est atteinte en même temps que trois jeunes gens, parents ou amis des derniers.

En dix jours, on a donc pu suivre l'apparente filiation du mal chez onze personnes.

En même temps, l'importation se faisait par d'autres voies.

Le 21, la grippe éclatait chez un négociant qui s'était trouvé cinq jours auparavant à Neufchâtel, en foyer épidémique.

Le 22, la maladie était apportée de Soleure par un autre négociant.

Ce qui semble être un bon argument en faveur de l'opinion de la transmission de la maladie, c'est le fait de ces étapes successives du mal qui, dans le cas particulier, a frappé une ville de la frontière dix-huit jours seulement après Paris, et ne s'est manifesté, au début, que par des cas isolés.

On ne trouve pas, dans l'épidémie actuelle, les caractères de soudaineté, de simultanéité et d'universalité remarqués dans les principales relations des épidémies antérieures, caractères qui avaient fait attribuer à la grippe des causes d'ordre purement météorologique et avaient fait dire à M. Bouchard que la grippe n'est ni contagieuse, ni infectieuse.

Mais il a fait cette réserve, que la grippe peut être infectieuse, et que ses localisations secondaires sont de nature infectieuse : les bronchites, les pneumonies, les pleurésies, les angines, les arthrites, les ophthalmies, les méningites, etc.; et il a dit que, si quelque microbe intervenait dans la grippe, ce ne pouvait être qu'un de nos commensaux habituels et habituellement inoffensifs ayant acquis une virulence qu'il n'avait pas, ou se trouvant en présence d'un organisme ne résistant plus qu'incomplètement. C'était faire une part à l'infection dans la grippe, mais c'était la limiter aux affections deutéropathiques qui pouvaient relever de l'auto-infection, l'affection protopathique pouvant être ou non de nature infectieuse.

Les observations faites au cours de l'épidémie justifient cette manière de voir.

M. Bouchard a trouvé, dans le liquide des vésicules d'herpès récentes, le staphylococcus pyogenes aureus qui est l'un des organismes des pneumonies. Le pneumocoque a été trouvé aussi non seulement dans le poumon, mais dans le pus d'otites. Dans ces cas, la pneumonie a compliqué la grippe.

Le streptocoque existait dans le mucus bronchique, dans des pleurésies suppurées, mais non dans le sang. Il est très fréquent dans les produits pathologiques de la grippe,

et, injecté dans le tissu cellulaire de l'oreille de lapins, a produit des érysipèles suppurés.

Le streptocoque de la grippe est celui de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, de l'infection purulente; cela explique comment la grippe, en diminuant nos défenses, permet la dissémination des micro-organismes, d'où pneumonies à streptocoques, pleurésies suppurées, arthrites, etc.

Les affections secondaires de la grippe ne sont pas spécifiques. Les pneumonies sont de natures diverses suivant l'agent qui les cause; la grippe se borne à ouvrir la porte aux microbes que nous portons. Il faut cependant noter que, dans des circonstances mal connues, ces microbes deviennent plus virulents et que la pneumonie devient contagieuse. La grippe est-elle ou non contagieuse? M. Bouchard laisse cette question de côté; certainement les complications de la grippe, et en particulier les pneumonies, le sont.

M. Ollivier rapporte des faits observés chez l'homme et chez les animaux et qui sont en faveur de la contagion de la grippe.

— M. Verneuil continue la discussion sur la *prophylaxie de la tuberculose*. La commission a reçu, à la fin de la dernière séance, une note de M. Bergeron qu'elle a examinée. Elle est d'accord avec lui au point de vue médical, mais le désaccord existe sur l'étendue des conclusions définitives. Le résumé de M. Bergeron tient en cinq lignes, le texte de la commission occupe trois pages. M. Cornil étant absent, la moitié de la commission tient pour l'exposé réduit, l'autre moitié pour celui qui est détaillé. Il faut que l'Académie choisisse.

M. Bergeron a ajouté deux paragraphes nouveaux à sa première rédaction.

L'un est ainsi conçu :

« Le parasite se trouve aussi quelquefois dans le lait des vaches tuberculeuses; il est donc prudent de n'employer le lait qu'après l'avoir fait bouillir. » L'autre a beaucoup plus d'importance : « La notion certaine de la transmissibilité de la tuberculose impose au gouvernement le devoir de faire rechercher dans toutes les collectivités dont il a la surveillance, lycées, casernes, grandes administrations, ateliers de l'Etat, les sujets atteints de tuberculose, pour prendre à leur égard, dans l'intérêt des autres, telles mesures de prophylaxie que les circonstances permettront de leur appliquer. »

M. Verneuil s'élève contre cette sorte d'appel au bras séculier, à cause des mesures qu'il faudrait mettre en usage.

M. Bergeron n'attache pas d'importance à son addition.

M. le Président lit les conclusions de M. Bergeron :

1. La tuberculose est une maladie parasitaire et contagieuse. Le microbe de la contagion réside dans les poussières qu'engendrent les crachats desséchés des phthisiques et le pus des plaies tuberculeuses.

Le plus sûr moyen d'empêcher sa contagion consiste donc à détruire ces crachats et le pus, avant leur dessication, par l'eau bouillante et par le feu.

(2 et 3, comme plus haut).

M. Verneuil lit le texte de la Commission.

M. G. Sée se rattache aux conclusions de M. Bergeron et propose d'y ajouter que, l'air n'étant pas contagieux, il n'y a pas de danger à soigner les phthisiques.

(M. G. Sée retire son amendement devant les protestations de l'assemblée).

La proposition de M. Bergeron est votée.

M. Nocard insiste sur le danger du lait tuberculeux, sur la difficulté qu'il y a à reconnaître la tuberculose de la vache au début. Le diagnostic de la tuberculose mammaire commençante est encore plus difficile. Il rapporte des exemples de transmission de la tuberculose par le lait à des hommes et à des animaux.

M. Brouardel cite aussi un fait démonstratif.

M. Lancereaux croit qu'il serait préférable de demander une surveillance active des

vaches laitières, plutôt que de conseiller de faire bouillir le lait, qui est rarement tuberculeux et est altéré par l'ébullition.

M. Bouchard fait remarquer que les vaches tuberculeuses sont très nombreuses autour de Paris.

Pour M. Ollivier les albuminuriques supportent très bien le lait bouilli.

La deuxième conclusion de M. Bergeron est adoptée ; après une discussion un peu confuse, l'Académie vote le texte suivant :

« L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les « tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, tels que « lycées, casernes, grandes administrations et ateliers de l'Etat. »

M. Tarnier présente à l'Académie une infirmière de la Clinique, atteinte d'un *pseudo-eczéma des mains* par suite de contacts continuels avec des solutions de sulfate de cuivre.

M. Fournier insiste sur les dangers de contagion syphilitique que court cette infirmière. De plus cette malade est analgésique. Est-ce par suite de l'empoisonnement ?

FORMULAIRE

Poudre et solution contre l'ozène. — Cozzolino.

Salol	5 grammes.
Acide borique	3 —
Acide salicylique	0 gr. 50 centigr.
Acide thymique	0 gr. 20 —
Talc pulvérisé	8 grammes.

Mêlez. — Après la douche de Weber à l'eau tiède, salée ou phéniquée, on insuffle dans les fosses nasales la poudre ci-dessus. — Soir et matin, on fait des pulvérisations avec la solution suivante : Chlorure de zinc 2 grammes, acide thymique 0 gr. 20 centigr., menthol 0 gr. 30 centigr., alcool 50 grammes, eau distillée 120 grammes. — N. G.

COURRIER

M. Thévenet, ministre la Justice, vient d'adresser aux procureurs généraux la circulaire suivante :

Monsieur le procureur général,

Mon attention a été appelée sur les difficultés qui se sont élevées dans quelques ressorts, entre les magistrats chargés de la police judiciaire et les médecins requis de prêter leur concours à l'œuvre de la justice.

Ces difficultés sont nées des tarifs que le décret du 18 juin 1811 sur les frais de justice, en matière criminelle et de police, établit pour les constations médico-légales et que les médecins ne considèrent pas comme suffisamment rémunérateurs.

Il est regrettable que certains médecins aient cru devoir traduire leurs protestations contre les dispositions de ce décret par des refus d'obtempérer aux réquisitions de l'autorité judiciaire, qui ont contraint le ministère public à exercer contre eux des poursuites.

Mais ce ne sont là heureusement que de très rares exceptions, et je me plais à constater que la justice continue à trouver, dans le corps médical, le précieux concours auquel il l'a habituée.

C'est que, en effet, quel que soit leur désir de voir rémunérer plus équitablement leurs services, les médecins, en général, estiment que la mission judiciaire qui leur est donnée s'impose à leur conscience comme un de leurs premiers devoirs envers la société.

Si je blâme l'attitude de certains médecins, ce n'est pas que je ne reconnaisse, dans

une certaine mesure, la légitimité des prétentions qui l'ont provoquée. Le décret du 18 juin 1811, pendant un certain temps, a été en harmonie avec les besoins de notre état économique et social. Mais, depuis, la situation s'est modifiée et les tarifs que ce décret consacre peuvent paraître insuffisants.

C'est en s'inspirant de cette pensée qu'un de mes prédécesseurs a institué au ministère de la justice une commission chargée d'établir de nouveaux tarifs des frais en matière criminelle, correctionnelle et de simple police. Sans attendre que cette commission ait terminé son œuvre, je désire rechercher s'il n'y aurait pas lieu, dès à présent, de modifier le taux des honoraires qui sont alloués aux médecins.

Pour compléter les éléments d'appréciation que je possède, je vous prie de consulter les syndicats ou associations de médecins de votre ressort sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable et de me faire parvenir, avec une copie de leurs délibérations, votre avis personnel.

Recevez, etc.

Daniel Mollière. — Nous extrayons les lignes suivantes d'un article de M. le docteur P. Aubert (*Lyon médical*, 26 janvier) :

Les obsèques de Daniel Mollière, chirurgien titulaire de l'Hôtel-Dieu, dont nous avons annoncé la mort inattendue, ont eu lieu le mardi 21 janvier, à onze heures, au milieu d'un immense concours de population et d'un concert unanime de regrets.

Il y a environ dix ans, Mollière avait failli être emporté par une des plus redoutables complications des plaies, la gangrène gazeuse consécutive à une piqûre anatomique; il n'avait dû son salut qu'à de fortes doses d'alcool et à l'emploi énergique du fer rouge impitoyablement manié par son collègue et ami Letiévant. A peine remis, il était retourné à ses malades comme le soldat retourne au feu, sans plus de souci ni de ménagement pour sa santé.

Daniel Mollière est né à Lyon, le 24 février 1848; il est mort le dimanche 19 janvier 1890, à peine âgé de 42 ans. Il avait fait à l'institution des Minimes de brillantes études. Quatre fois lauréat de l'Ecole de médecine, prosecteur de cette Ecole au concours de 1868, chirurgien-major de l'ambulance internationale du Bourbonnais pendant la guerre, docteur en médecine du 27 octobre 1871, chef de clinique chirurgicale la même année, Mollière était nommé chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu la 14 mars 1873. Il était membre de la Société de médecine, membre de la Société des sciences médicales, dont il fut président; il appartenait comme correspondant à la Société de chirurgie de Paris et à diverses Sociétés étrangères.

C'est surtout dans son grand service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu que Mollière, arrivé à la pleine maturité de son talent, a pu faire bénéficier les pauvres malades des merveilleuses ressources de son esprit et de sa rare habileté de main.

Daniel Mollière a beaucoup publié. Indépendamment de son important « Traité des maladies du rectum » et de ses « Leçons de clinique chirurgicale », on lui doit une centaine de mémoires sur les sujets les plus variés de la chirurgie, et il en est peu qui ne renferment quelque idée neuve et originale.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

GRANULES ANTIMONIAUX du docteur Papillaud. — Affections cardiaques.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Enfin, la discussion de la tuberculose est terminée à l'Académie de médecine. On a vu, dans notre dernier numéro, à quelles conclusions elle avait abouti. Elles sont beaucoup plus courtes que les instructions proposées par la commission permanente du Congrès pour l'étude de la tuberculose, mais elles renferment tout ce que celles-ci avaient d'essentiel, sauf ce qui concerne les dangers provenant de l'usage alimentaire de la viande des animaux tuberculeux. Ce point est, d'ailleurs, d'importance secondaire.

Comme compensation à cette élagation, l'Académie a ajouté un paragraphe dont la commission du Congrès n'avait pas osé prendre l'initiative et dont elle ne peut que se réjouir d'avoir vu l'adjonction; c'est celui qui a trait à l'intervention des autorités compétentes dans la mise à exécution des désirs formulés par le Congrès. On se rappelle que la commission de ce Congrès ne destinait ses instructions qu'au public, afin que celui-ci puisse prendre les précautions nécessaires contre les dangers de la tuberculose; l'Académie a changé le but visé par la commission, tout en étant d'accord avec elle sur les questions de doctrine; elle a invité le gouvernement à préserver de la contagion les diverses collectivités dont il a la direction, telles

FEUILLETON

CAUSERIE

Depuis que l'hypnotisme a pénétré dans les masses, bien des gens ont pensé qu'on lui attribuerait une bonne partie des méfaits qu'on rejetait autrefois sur l'instinct criminel des malfaiteurs. Nous avons déjà parlé ici même des romans qu'on avait bâtis sur la donnée hypnotique, sur les suggestions, etc. Aussi n'avons nous pas été étonnés de voir l'hypnotisme jouer son rôle dans la disparition de l'huissier Gouffé. Ce drame si obscur jusqu'ici deviendrait tout à coup lumineux grâce à l'hypnotisme. Le sujet, c'est Gabrielle Bompard, une jolie détraquée qui raconte le crime de cent manières différentes, qui reconstitue la scène avec les policiers, toujours le sourire sur les lèvres, qui ne perd pas un atome de sa gaîté lorsqu'on lui apprend qu'on la considère comme complice de l'assassin et qui ne s'inquiète que d'une chose, d'être traitée avec égard par les agents de police et par la presse. Eh bien, faisons comme nos confrères de la grande presse, et soyons gentil pour elle Acceptons ce qu'elle veut nous faire croire; peut-être l'avenir nous apprendra-t-il la vérité.

La malheureuse avait servi déjà plusieurs fois de sujet à diverses personnes qui s'occupaient d'hypnotisme, lorsque son amant Eyraud avait eu l'idée d'employer ce moyen pour la pousser à l'aider dans l'assassinat de Gouffé. Après l'avoir endormie, il lui

que lycées, casernes, grandes administrations et ateliers. En agissant ainsi, elle n'a nullement rejeté les conclusions de la commission, qui restent intactes, et que le futur Congrès de la tuberculose pourra reprendre à son heure, et répandre partout s'il le juge à propos.

Cette déviation de la discussion académique ne présente donc que des avantages : l'Académie reconnaît les dangers des poussières provenant des crachats et du pus des tuberculeux, et la nécessité de la destruction de ces produits; elle reconnaît aussi la nocivité du lait provenant des animaux tuberculeux et pense qu'il est prudent de ne l'employer qu'après l'avoir fait bouillir. Ces conclusions, pour être mises en pratique, exigeaient l'intervention et la sanction du gouvernement; celui-ci, invité par un vote formel à s'occuper de la question, n'y manquera certainement pas; MM. les professeurs Brouardel, Proust, etc., seront sans aucun doute chargés d'étudier à nouveau la question au point de vue de ses applications pratiques, et l'éminent directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène au ministère de l'intérieur ne faillira pas à la tâche qui lui incombera, dès que les personnes compétentes qu'il aura consultées lui auront indiqué la voie dans laquelle il devra s'engager.

— Je veux revenir aujourd'hui sur un point auquel M. le professeur Sée a accordé la plus grande importance dans plusieurs de ses discours; c'est que, l'air expiré par les phthisiques n'étant pas contagieux, il n'y a pas de danger à soigner ces malades. M. Le Roy de Méricourt et M. Jaccoud ont dit aussi que, les cas de contagion dans les hôpitaux spécialement affectés aux phthisiques étant très rares, il y avait lieu de repousser la doctrine de la contagion de la phthisie.

Sans vouloir rappeler tous les cas de contagion cités dans les recueils périodiques, je voudrais simplement signaler un travail récent publié dans le *Zeitschrift für Hygiène*, vol. VI, p. 64, 1889, par M. G. Cornet, dont M. Sée ne récusera assurément par la compétence.

Dans ce travail, l'auteur étudie le taux de la mortalité des villes comparée à celle des infirmières, dont 75 p. 100 appartiennent à des ordres

---

aurait suggéré l'idée d'écrire à l'huissier pour lui donner rendez-vous dans l'appartement qu'ils avaient loué, peut-être dans ce but criminel, au rez-de-chaussée de la rue Tronçon-Ducoudray.

Ce qui rend la chose vraisemblable, c'est que la jeune femme a servi plus tard à une expérience qui, cette fois, a prévenu peut-être un second crime. Ayant rencontré dans leur fuite de France, alors qu'il étaient aux abois, un voyageur français passant pour riche, les deux complices s'attachèrent à lui et Gabrielle devint... son amie. Un jour (comment la chose se passa-t-elle? les détails me manquent à cet égard) le nouvel amant de Gabrielle l'endormit à son tour, la fit bavarder pendant qu'elle était en état d'hypnotisme, et apprit, à son grand étonnement, qu'il était menacé de mort par le compagnon de son *sujet*, qui se faisait passer pour son père. Le voyageur se hâta de déguerpir, mais, comme il tenait à sa compagne, il la ramena avec lui, ce qui fit qu'elle fut enfin pincée.

Mais!... il y a un mais. Avant de soutenir que Gabrielle Bompard n'était pas maîtresse de ses actes, mais qu'elle a agi sous l'influence d'une volonté qui la dominait, il faut bien remarquer que, chez elle, les choses se sont passées tout autrement que chez les hypnotisées habituelles. D'habitude, la personne hypnotisée agit, parle, pendant son sommeil, comme il lui a été ordonné de faire; mais, une fois réveillée, elle ne se souvient plus de ce qu'elle dit ou fait pendant qu'elle était sous l'influence de la suggestion d'autrui. Au contraire, Gabrielle Bompard se souvient tellement bien de ce qu'elle prétend avoir fait sous l'influence de l'hypnotisme, qu'elle l'a raconté aux magistrats, et

religieux. Il a relevé la mortalité dans 38 couvents, ayant un service annuel moyen de 4,028 sœurs, sur une période de 25 ans; cette mortalité a été de 2,099, dont 1,320, soit 62,88 p. 100, de tuberculose, et 177, ou 8,23 p. 100, de fièvre typhoïde; les autres maladies contagieuses n'entrent que pour une faible part dans le chiffre total.

La partie la plus intéressante de ce travail est relative à la contagiosité de la tuberculose. En comparant le taux de la mortalité par suite de cette affection parmi les infirmiers et celui de la population entière, on voit que de 15 à 20 ans la mortalité parmi les infirmiers est six fois plus grande que dans la population; de 20 à 30 ans, elle est quatre fois et demie plus grande dans la première catégorie que dans la seconde; de 30 à 40, près de trois fois et demie plus grande.

Chez les infirmiers, la chance de survie à l'âge de 17 ans n'est que de 19,67 ans, tandis que, dans la vie ordinaire, elle est de 41,17 ans. A 20 ans, la chance de survie d'un infirmier est à peu près la même que celle d'une personne ordinaire âgée de 52 ans.

Ce travail nous fait voir qu'au point de vue microbiologique les conditions sanitaires des hôpitaux varient beaucoup; dans 15 hôpitaux sur 21, on trouve le bacille de Koch sur les parois et le mobilier des salles. Comme des expériences antérieures de M. Cornet ont démontré la dissémination de ces bacilles par l'air, la mortalité excessive des infirmiers par tuberculose semblerait due, d'après cet auteur, au contact et à la négligence des moyens ordinaires qui devraient être employés pour prévenir l'extension de la maladie.

Comme ces données sont les premières qui aient été recueillies sur une aussi large échelle et permettent de comparer la mortalité causée par la tuberculose chez les personnes plus ou moins constamment exposées à la maladie, avec celle qui survient, par la même cause, chez les personnes vivant dans les conditions ordinaires, nous avons pensé qu'il y avait intérêt à attirer l'attention des personnes qui mettent encore en doute la contagiosité de la tuberculose sur le travail de M. Cornet. — L.-H. P.

---

qu'elle a pu reconstituer les préparatifs du crime et son exécution dans tous leurs détails. Il ne s'agit donc pas ici d'*un crime irresponsable*, comme on serait tenté de le dire, d'une nouvelle variété de crime, exécuté par un inconscient qui subit l'ascendant d'un tiers resté dans la coulisse, et qui d'ailleurs pourrait y demeurer bien tranquille, puisqu'il ne saurait y avoir de révélation sans son assentiment... il s'agit d'un crime vulgaire, préparé de longue main et perpétré avec adresse et habileté par ses auteurs.

Je plains de tout mon cœur la malheureuse qui, de chute en chute, en est arrivée à faire servir ses attraits à attirer l'huissier Gouffé dans un guet-apens; mais je crois qu'il faut plus encore plaindre la victime.

*
* *

Mais voici bien une autre application de l'hypnotisme. Après avoir servi à récréer les membres de certains cercles, puis les spectateurs de divers lieux publics, l'hypnotisme est tombé peu à peu jusqu'aux cirques forains. Le *Bulletin médical* nous apprend en effet que, pour corser son spectacle, un dompteur a eu l'idée de placer une jeune fille en état de sommeil hypnotique dans la cage où évoluaient ses fauves. Or, l'un d'eux, un lion, dans un moment d'oubli, sans doute — qui n'en a pas? — s'est précipité sur la jeune fille et a failli la dévorer. Elle en sera quitte, d'après les journaux locaux, avec une amputation de cuisse!

Le fait s'est passé à Béziers, et on dit qu'après enquête sur ce triste incident, M. le

De la constipation latente

Par A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pour Trousseau, il y a constipation toutes les fois que les défécations sont rares, indépendamment de tout obstacle mécanique au cours des matières.

Cette définition nous semble incomplète, car il peut y avoir constipation sans que pour cela les défécations soient rares. Si nous cherchons une analogie dans quelque autre excrétion, nous la trouvons dans l'excrétion urinaire ; dans cet ordre, on observe la rétention complète, qui correspond à la constipation vraie, et la rétention incomplète où le trop plein du réservoir urinaire est chassé soit inconsciemment, soit par des contractions volontaires et énergiques de la vessie. Du côté du tube digestif, on observe aussi cette excrétion incomplète. Si, par exemple, la quantité de matières fécales est de 150 grammes et que le sujet n'expulse que 50 grammes chaque jour, il ne tardera pas à se faire une accumulation dans le gros intestin qui peut déterminer des désordres locaux ou généraux.

Que l'on ne croie pas qu'il s'agit là d'une vue de l'esprit, c'est bien au contraire un fait courant que tous les praticiens ont pu constater nombre de fois.

Nous ne voulons pas entreprendre la description de tous les accidents imputables à la constipation complète ou incomplète, cela nous mènerait trop loin; d'ailleurs, la question a été étudiée avec soin par MM. Glénard, Trastour, Potain, etc.

La constipation peut être définie une rareté relative des selles, indépendante de tout obstacle mécanique, ou bien l'*évacuation incomplète et insuffisante des matières, la fréquence des selles étant normale;* cette dernière partie de la définition s'appliquant à la *constipation latente ou fruste.*

Nous avons observé un cas fort intéressant de cette dernière forme où

---

ministre de l'intérieur prendrait des mesures sérieuses contre les pratiques extra-médicales de l'hypnotisme.

S'il en est ainsi, ce lion de ménagerie aura eu beaucoup plus d'influence auprès de l'administration supérieure que nos journaux de médecine, que nos Sociétés de médecine, que les neuropathologistes les plus éminents, ceux auxquels on doit les meilleurs travaux sur l'hypnotisme.

Nous adresserons donc à cet animal, malgré l'humiliation qu'il aura infligée au corps médical, nos bien sincères félicitations.

*
* *

Permettez-moi de vous donner aujourd'hui quelques détails sur la plus ancienne et la plus illustre Université des Etats-Unis, celle d'Harward. Elle fut fondée en 1638, six ans après l'établissement des Anglais en ce pays, elle est située à Cambridge, à 3 ou 4 kilomètres de Boston, l'Athènes américaine. Elle doit son nom au Révérend John Harward, qui fut le premier à lui laisser un legs en argent. En 1784, le roi de France offrit de fournir au jardin botanique d'Harward toute espèce de semences et de plantes provenant des jardins royaux. Cette offre fut acceptée avec reconnaissance par la législature du Massachusetts.

Depuis 1805, plus de 10 millions de francs ont été légués pour la fondation de chaires littéraires et scientifiques, de musées d'histoire naturelle, de minéralogie, de géologie, de zoologie comparative, dont le génie de Louis Agassiz a fait des merveilles. Un sieur

les accidents inflammatoires graves ont cédé rapidement à la méthode évacuante.

Un enfant de 8 ans, de forte constitution mais très nerveux, se plaint de douleurs vagues dans le ventre. Attribuant cet état à la présence des vers, la mère lui fait prendre des pastilles de santonine pendant trois jours.

Le 10 octobre, je suis mandé parce que l'enfant a eu de l'agitation pendant la nuit et que ce matin il a vomi des noix qu'il avait mangées la veille en assez grande quantité; de plus, il a eu trois selles pendant la nuit.

A l'examen du ventre, on constate que la pression exercée sur la fosse iliaque droite est douloureuse; il n'y a cependant aucune tuméfaction ni changement de coloration de la peau; les mouvements de la cuisse droite ne sont point douloureux. Interrogé, il répond être allé à la selle tous les jours; il n'a fait aucun mouvement forcé et n'a reçu aucun coup sur la région.

Malgré une potion calmante, la nuit suivante a encore été mauvaise, car l'agitation a été continuelle. La douleur de la fosse iliaque droite est encore plus vive et s'irradie jusqu'à l'hypogastre; la miction est un peu difficile. A deux reprises, il a vomi quelques caillots de lait qu'il a pris depuis la veille. Il éprouve des besoins d'aller à la selle, mais sans résultat. Le pouls est à 140. Malgré sa vivacité habituelle, le malade est prostré.

Je prescris : Onctions avec l'onguent mercuriel belladoné sur le ventre et des cataplasmes; potion de Rivière. Si l'enfant est agité, lui donner par cuillerées à café, toutes les heures, un mélange de sirop d'éther et de sirop de fleurs d'orangers. Pour le lendemain matin : huile de ricin.

Le 13 octobre. — La fosse iliaque droite est le siège d'un empâtement qui dépasse la ligne médiane et s'élève jusqu'à l'ombilic : la pression exercée sur toute cette surface est très douloureuse; d'ailleurs, il existe des douleurs spontanées assez vives. La langue est couverte d'un enduit saburral épais : *cependant le purgatif a provoqué des selles diarrhéiques*. Il n'a uriné qu'une fois pendant la journée. P. 120.

Applications de sangsues sur la région iliaque, puis de compresses imbibées d'eau froide.

Le 14 au soir. — Le petit malade se plaint de céphalalgie; le ventre est un peu moins douloureux. Comme il n'est plus allé à la selle depuis le purgatif, je prescris un lavement très abondant d'eau tiède, légèrement salée, dans laquelle on ajoutera deux cuillerées à bouche d'huile.

Benjamin Bussey a légué, en 1841, une somme de 3,500,000 francs pour l'établissement de cours de travail manuel. Cette somme considérable doit être versée cette année aux autorités d'Harward. La bibliothèque de Sore Hall contient 269,000 volumes reliés. Toutes les bibliothèques de l'Université réunies ont un total de 360,400 volumes. Le nombre des étudiants qui, en 1876 n'était que de 710, est aujourd'hui de 2,079, enseignés par 317 professeurs, parmi lesquels ne figurent pas une petite armée de prédicateurs, de protecteurs, de curateurs et autres fonctionnaires inconnus à vos Universités d'Europe.

Les bâtiments dont se compose l'Université sont au nombre de quinze, dont quatorze sont situés à Cambridge même, le quinzième — l'Ecole de médecine — étant à Boston. Ils sont dispersés sur environ 35 hectares de terrain dessiné à l'anglaise et tenu avec beaucoup de soin et de goût. Le gouverneur et le lieutenant-gouverneur du Massachusetts, les présidents du Sénat et de la Chambre à Washington, sont, de droit, membres du comité de direction des quatre Facultés réglementaires. Il y a six semaines de vacances en janvier et février, et sept semaines en juillet et août. C'est vous dire qu'on ne se « foule » pas à Harward plus qu'ailleurs aux Etats-Unis. Calculons, s'il vous plaît.

Treize semaines de vacances régulières, ci : 91 jours. Deux jours de repos absolu chaque semaine pendant les 39 de classe, ci : 78 jours. Douze jours de congés spéciaux, ci : 12. Trois semaines environ de suspension de cours pour examens, revues, concours athlétiques avec d'autres grands collèges, tels que Yale, Princeton, Columbia, ci : 21. Total : 202 jours. Qui de 365 ôte 202, reste 163 jours de travail, à quatre ou cinq heures par jour, — pas davantage pour les plus studieux, — soit un maximum de 815 heures

Le 15. — Le lavement a fait évacuer *une très grande quantité* de matières fécales; à partir de ce moment, le soulagement a été très notable. Renouveler le lavement.

Le 17. — La tuméfaction de la fosse iliaque droite a considérablement diminué sous l'influence des évacuations provoquées par les lavements. Comme il souffre de la tête et du cou, je prescris une potion contenant du salicylate de soude et de l'antipyrine.

Le 20. — Il se trouve dans un état très satisfaisant; les douleurs de tête ont disparu; l'appétit est revenu; mais il existe encore un léger empâtement au niveau de la fosse iliaque droite qui ne tarde pas à disparaître; quelques jours après, la guérison était complète et définitive.

De l'étude de cette observation il ressort que :

1° Malgré la fréquence des selles, il peut se faire une accumulation de matières fécales capable de produire des symptômes inflammatoires graves ;

2° Les purgatifs peuvent déterminer des selles liquides sans faire cesser les accidents et donnent ainsi une fausse sécurité en faisant rejeter tout d'abord le diagnostic de rétention;

3° Assez souvent les purgatifs sont insuffisants parce qu'ils agissent surtout sur l'intestin grêle, alors que les lavements abondants, les irrigations détachent la masse fécale et provoquent une expulsion qui fait cesser les symptômes graves.

Les accidents observés sur notre jeune malade peuvent se produire chez les adultes, comme nous l'avons vu récemment chez une femme d'une quarantaine d'années.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Pneumonies grippales. — Recherches bactériologiques sur la grippe. — Quelques formes infectieuses de la grippe. — Traitement de la fièvre typhoïde.*

M. Duponchel, se basant sur trois cas qu'il vient d'observer, pense que les pneumonies

---

par an sur les 8,760 qui forment une année non bissextile. Aussi, les bacheliers, licenciés et docteurs, *in omni re scibili et quibusdam aliis*, ne sont-ils pas « méchants » aux Etats-Unis.

Plus tard, si la lutte pour la vie leur en laisse le temps, — lutte implacable ici, sans trève ni repos, où l'homme le plus robuste récolte des cheveux poivre et sel entre 30 et 40 ans, — ils travaillent sérieusement, et se font un nom dans les lois, la médecine, la théologie, les sciences, les lettres, la poésie et la littérature; mais c'est l'infime minorité, et quoi qu'ils fassent, d'ailleurs, ils ne dépassent jamais les limites d'une médiocrité dorée, et ne deviennent rois que parce qu'ils jouissent du privilège d'être borgnes dans un pays riche en aveugles. La majorité d'entre eux fait de l'argent; c'est bien plus pratique, bien mieux porté et beaucoup moins difficile que de faire de la gloire.

Les études durent six ou sept ans et coûtent cher. Le moins qu'un étudiant puisse dépenser par an est 500 dollars, soit 2,500 francs. Il y en a qui vont jusqu'à 6,000 ou 7,000 francs.

Ceux-là sont les princes de l'Université. Une chambre, au collège, vaut, par an, de 100 à 1,000 francs.

L'ameublement est personnel et coûte entre 50 et 300 francs. Les cours se payent uniformément 900 francs; la nourriture, de 570 à 1,520 francs; les livres, le chauffage, l'éclairage et le blanchissage, de 700 à 1,500 francs.

La majorité des étudiants travaillent manuellement ou enseignent entre les cours pour couvrir leurs dépenses, ou sont aidés par des legs spéciaux.

qui se sont produites pendant l'épidémie de grippe sont une des manifestations de cette maladie. Le signes tirés de l'examen stéthoscopique étaient bien ceux de la pneumonie fibrineuse; mais les signes suivants diffèrent de ceux qu'on rencontre d'ordinaire dans cette maladie : pas de crachats rouillés; expectoration muqueuse, filante, aérée, plutôt bronchitique; pas de frisson initial net; malaise de huit à dix jours précédant la pneumonie; marche non cyclique, mais par poussées successives avec oscillations thermiques correspondantes, durée de plus de trois semaines; sueurs nocturnes profuses au déclin ; troubles nerveux et lassitude extrême, comme dans la grippe.

Jamais M. Duponchel n'a trouvé de pneumocoques. Les trois cas qu'il a observés ont guéri. Aussi pense-t-il avec Lombard, Malcorps et d'autres, que la pneumonie grippale doit être distinguée de la pneumonie fibrineuse.

M. LAVERAN a vu plusieurs pneumonies analogues et d'autres ayant un caractère plus particulièrement infectieux. On n'a pas trouvé non plus de pneumocoques, mais les streptocoques étaient très communs dans les crachats.

Un cas de pneumonie s'est développé dans le service chez un convalescent de dysenterie. La pneumonie suppurée, qui fut vérifiée par l'autopsie, s'accompagnait de pneumothorax et de pleurésie purulente; la coïncidence de la pneumonie et de la pleurésie purulente a été observée cinq fois par M. Laveran. Il a vu chez un sujet atteint d'une ancienne endocardite une grippe suivie de pleurésie purulente sans pneumonie, de péritonite suppurée avec une rate ramollie pesant 525 grammes et un foie dégénéré comme dans les maladies infectieuses.

Il a observé encore une péritonite suppurée dont la cause n'a pu être déterminée et une myélite ascendante.

Jamais M. Laveran n'a trouvé de streptocoques dans le sang, même au début de la grippe, tandis qu'il en a fréquemment constaté dans les crachats. On peut se demander, mais c'est encore une pure hypothèse, si dans certaines conditions atmosphériques les streptocoques ne joueraient pas un rôle dans la production et l'évolution de la grippe.

M. CHANTEMESSE qui, avec M. Widal, a examiné le sang chez huit malades tout à fait au début de la grippe, alors que leur température était de 39 à 40°, n'a jamais trouvé au microscope aucun microbe. Les cultures ont toujours été stériles. Le sang contenait beaucoup de globules et de leucocytes polynucléés. Il a remarqué chez des grippés avec bronchite une odeur un peu aigrelette et parfois fétide de l'expectoration.

M. LAVERAN, qui a constaté aussi l'abondance des leucocytes dans le sang de ses

---

Ce qui est à remarquer dans ces détails, ce n'est pas tant le prix des études, qui à tout prendre, n'est pas des plus élevés, que la réunion des étudiants, et surtout la grande quantité de vacances qu'on leur accorde. Il ne faut pas s'étonner s'ils peuvent prendre des forces physiques pour se préparer à la lutte pour la vie dès leur entrée dans le monde, et si, au point de vue des connaissances intellectuelles et scientifiques, leur bagage laisse un peu à désirer. SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE LA COLIQUE HÉPATIQUE. — Mossé.

Pour calmer les douleurs de la colique hépatique, grands bains tièdes et injections de morphine avec un gramme de la solution suivante : chlorhydrate de morphine 10 centigrammes, sulfate d'atropine 1 centigramme, hydrolat de laurier-cerise 20 grammes. L'opium, la belladone, l'éther et le chloroforme peuvent aussi rendre quelques services pendant l'attaque. Il en est de même des lavements de chloral, et surtout de l'antipyrine, qui réussit souvent à faire cesser la douleur de l'accès. — Boissons froides et gazeuses, glace, pour enrayer les vomissements. — Après la crise, bains et légers purgatifs, afin de favoriser l'expulsion des concrétions biliaires et d'empêcher qu'il s'en forme de nouvelles. — Les alcalins sont recommandés non seulement à titre de moyen prophylactique des crises douloureuses, mais encore à titre de moyen curatif des nombreux accidents de la lithiase. — Exercice au grand air, diminution du régime azoté, usage de boissons aqueuses abondantes, alimentation végétale ou mixte. — N. G.

malades, dit que ce fait pourrait expliquer la facilité et l'abondance de leurs suppurations.

M. COMBY a fait cinq autopsies de grippe et n'a trouvé qu'une seule fois la rate grosse, chez un malade ayant une phthisie fibreuse, avec gros foie, grosse rate et dilatation du cœur droit ; cet homme a succombé le troisième jour de sa grippe dans une syncope qu'a expliquée une thrombose de l'artère pulmonaire. M. Comby ne croit donc pas à l'existence habituelle de la splénomégalie signalée par l'examen clinique, mais non vérifiée à l'autopsie chez les grippés à Berlin et à Pétersbourg.

M. DUPONCHEL n'a pas vu non plus l'hypertrophie de la rate.

M. GUYOT a vu cependant une rate de 610 grammes chez une infirmière enlevée en vingt-quatre heures par une rechute de grippe à allure typhoïde.

M. CHANTEMESSE a trouvé une rate hypertrophiée à l'autopsie d'une grippe avec congestion pulmonaire.

M. VAILLARD a fait, avec M. Vincent, des recherches bactériologiques qu'il résume ainsi :

Chez les sujets qui succombent à la grippe, on trouve un streptocoque dans le sang, la rate, le poumon ou les liquides épanchés. Trois fois sur quatre le streptocoque était seul ; une fois la rate contenait, en outre, le staphylocoque pyogène.

Dans les empyèmes consécutifs à la grippe, on trouve et uniquement une streptocoque. Le même streptocoque est constant dans les crachats des grippés. M. Vaillard est porté à attribuer un rôle important à ce micro-organisme dans la pathogénie des accidents de la grippe, sans oser affirmer qu'il est la cause même de la maladie. Est-ce un streptocoque différent de celui qui provoque l'érysipèle, l'infection purulente et la fièvre puerpérale?

M. DU CAZAL a trouvé les streptocoques dans les crachats de 14 malades. Les 11 pneumonies qu'il a observées dans son service du Val-de-Grâce ont été bénignes puisqu'il n'a perdu qu'un malade ; sur ces 11 cas, le pneumocoque a manqué 4 fois.

M. NETTER communique aussi le résultat de ses recherches bactériologiques : Dans une pneumonie lobaire suivie de mort, il a trouvé le pneumocoque associé au streptocoque; dans une autre pneumonie lobaire, où la mort n'est survenue qu'au bout de trois semaines, il n'a trouvé que le bacille encapsulé de Friedlander. Peut-être le pneumocoque avait-il existé au début.

Dans une bronchopneumonie se trouvaient en même temps le pneumocoque et le streptocoque. Comme M. Ménétrier, qui, dans sa thèse (Grippe et pneumonie en 1886), a démontré l'identité anatomo-pathologique de la pneumonie grippale et de la pneumonie ordinaire, M. Netter admet que le pneumocoque ne doit pas être mis hors de cause dans la pathogénie des complications pulmonaires de la grippe.

Dans trois otites grippales, M. Netter a trouvé deux fois le pneumocoque, une fois le streptocoque. Ni le streptocoque, ni le pneumocoque ne doivent être considérés comme l'agent pathogène de la grippe; comme ils se trouvent normalement chez bon nombre d'individus sains, on peut admettre qu'acquérant au cours de la grippe une virulence exaltée, ils engendrent plus facilement des infections secondaires. Plusieurs fois déjà M. Netter a signalé la variabilité de la virulence du pneumocoque, et cette variabilité explique la gravité plus ou moins grande des pneumonies.

M. CHANTEMESSE n'admet pas non plus qu'il y ait entre le streptocoque et la grippe un rapport de cause à effet. Si les streptocoques se rencontrent souvent dans les organes d'individus ayant succombé à la grippe, c'est par suite d'infection secondaire. L'influenza a pour caractère principal de favoriser étonnamment la pénétration et la culture dans l'organisme de microbes, qui, sans elle, n'auraient pas pénétré ou auraient été détruits promptement.

Les agents de ces infections secondaires sont les microbes qui se rencontrent chez nous à l'état normal : pneumocoque, streptocoque, staphylocoque. C'est pour une raison semblable qu'on trouve souvent le streptocoque chez les individus morts de scarlatine.

Ces infections secondaires jouent sans doute un rôle important dans la gravité de la maladie, mais n'ont aucun rapport avec son principe.

Au début de la grippe, M. Widal et lui n'ont jamais trouvé de microbes dans le sang, même pendant la fièvre, mais après quelques jours d'une influenza grave chez un individu qui a guéri, du reste, ils ont obtenu, avec le sang retiré de la rate par ponction capillaire, des cultures de microcoques non en chaînettes et d'un bâtonnet. Il n'y avait pas de streptocoques.

M. Vaillard spécifie qu'en insistant sur la présence des streptocoques dans les organes des grippés il a voulu seulement mettre en lumière leur influence possible sur les complications de la grippe, mais non prétendu avoir découvert le microbe de la maladie. Les lésions des pneumonies grippales lui paraissent différer de celles des pneumonies franches; elles se caractérisent essentiellement par une énorme congestion des alvéoles. Il y a trouvé toujours le streptocoque et rien que le streptocoque.

M. Huchard décrit un certain nombre d'accidents de la grippe maligne infectieuse.

Dans la grippe broncho-pulmonaire, outre les bronchites, broncho-pneumonies, pneumonies catarrhales et pneumonies franches qui sont bien connues, il faut tenir compte des accidents de paralysie bronchique ou pulmonaire, d'une sorte de bronchoplégie qui produit l'asphyxie sans signe de congestion ni de bronchite, et qui nécessite une médication spéciale. Les expectorants sont alors défavorables: l'alcool, le quinquina, les injections de caféine, d'éther, de strychnine conviennent, au contraire.

La congestion pulmonaire se manifeste sous deux formes principales : congestion active, hémoptoïque ou passive, atélectasique. Cette dernière est bilatérale, siège presque toujours aux bases; très tenace, elle est une cause d'appel pour des complications plus graves à la moindre imprudence du malade.

Chez les grippés, certains symptômes se montrent comme chez les animaux dont on a coupé les pneumogastriques. Ils ont des congestions pulmonaires et des pneumonies vago-paralytiques, et l'asthénie du système nerveux permet d'admettre une forme bulbaire de la maladie.

La grippe cardiaque se manifeste par des lipothymies ou syncopes, la lenteur du pouls, l'arythmie, les intermittences, le collapsus, des accidents d'angor pectoris. M. Huchard signale encore ce qu'il appelle le « pouls instable », qu'on retrouve d'ailleurs dans tous les états adynamiques : le pouls, qui est normal comme rythme et fréquence quand le malade est dans le décubitus normal, peut monter de 80 à 120 dès que le malade se met sur son séant; c'est un signe de débilité cardiaque. Ces accidents ne doivent pas être attribués à une myocardite, bien que celle-ci doive exister dans la grippe comme dans tous les états infectieux, mais à des troubles de l'innervation du cœur d'origine bulbaire; le docteur Vovart (de Bordeaux) avait déjà considéré, dès 1881, la grippe comme une sorte de névrose du pneumogastrique.

La grippe gastro-intestinale revêt parfois la forme d'un embarras gastrique infectieux tenace avec gros foie et grosse rate, garde-robes fétides, quelquefois albuminurie, prostration extrême. Il y a derrière cet état gastrique une infection et une intoxication qu'il faut combattre par la stimulation des émonctoires et l'antisepsie gastro-intestinale. L'examen des urines a montré souvent, dans ces cas, la diminution des phosphates et de l'acide phosphorique dans les urines. De là peut-être l'indication de prescrire des phosphates et du phosphure de zinc pour tonifier les centres nerveux.

M. Ferrand voit dans l'accablement et la courbature du début, la neurasthénie profonde qui suit et les sueurs profuses intermittentes de la convalescence, la preuve d'une atteinte générale portée à tout le système nerveux (encéphale, moelle et sympathique) et non pas seulement au bulbe, comme paraît l'admettre M. Huchard. Comme congestions pulmonaires, M. Ferrand a observé des formes actives et localisées, et non pas passives et généralisées.

M. Huchard proteste qu'il n'a nullement voulu localiser toujours la grippe dans le bulbe; elle s'y localise seulement quelquefois.

— M. Sorel, membre correspondant, a traité 105 cas de fièvre typhoïde en 1889,

à l'hôpital militaire de Marseille; il n'a perdu que 5 malades. Son traitement a eu pour base le sulfate de quinine associé au salicylate de soude, l'hygiène et la diététique, les bains plutôt chauds que froids, suivant les indications; le décubitus sur le ventre imposé en cas d'hypostase pulmonaire ou d'érythème des fesses. M. Sorel n'admet donc nullement la supériorité du traitement par le bain froid systématique. — P. L. G.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 23 janvier 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Contribution à l'étude de l'épidémie de 1889-90. — *Dengue modifiée.* — M. J. Pioger, après avoir passé en revue les idées reçues des classiques sur la grippe, croit qu'il n'y a pas lieu de chercher dans cette affection la symptomatologie de l'épidémie actuelle, qui lui semble absolument être déroutée de tout ce que l'on sait sur ce sujet. Pour l'auteur, les récentes épidémies de *dengue*, avec lesquelles la pandémie actuelle a, dit-il, une ressemblance clinique frappante, doivent au contraire nous servir d'enseignement. Elles montrent, en effet, que la maladie se modifie selon les climats, étant différente au Caire ou en Syrie de ce qu'elle est dans les pays intertropicaux. Elles établissent aussi la dissémination générale de la maladie, envers et contre toute raison climatérique. Elles font enfin connaître le fait que l'on a pu prévoir : l'invasion de l'Europe par le contage spécia à cette affection. M. Pioger conclut que l'épidémie régnante est la *dengue*, mais singulièrement atténuée dans la plupart des cas et modifiée dans les autres par la prépondérance des complications thoraciques en rapport avec le changement de climat.

M. Robinson a observé, à Constantinople, les diverses épidémies qui ont sévi en 1889 : dengue et scarlatine déjà disparues depuis deux mois, grippe régnant encore actuellement et allant même en s'exaspérant. Il lui semble surprenant que des médecins français aient pu rapprocher les deux maladies, grippe et dengue. Bien qu'ayant, au début, certaines ressemblances, elles offrent par la suite des caractères distinctifs extrêmement prononcés, entre autres les suivants : dans la grippe, il y a hypertrophie de la rate, ce que l'on n'observe jamais dans la dengue; dans la grippe, le cycle thermique traîne le plus souvent, tandis que, au contraire, il est très court dans la dengue; dans la grippe, il y a de la toux, des crachats, des éternuements que ne présentent jamais les malades atteints de la dengue. En outre, M. Robinson a établi le diagnostic différentiel de l'éruption de la dengue et de celle de la scarlatine en signalant le premier la raie blanche observée dans l'exanthème scarlatineux et remplacée dans la dengue par la raie méningitique. Dans la dengue, enfin, l'angine est toujours rudimentaire au lieu d'être pultacée comme dans la scarlatine, qui offre encore une fréquence de pouls extrême et une albuminurie tardive.

Paralysie pseudo-hypertrophique des muscles. — M. Coromilas (d'Athènes) a observé deux cas de cette maladie, l'un et l'autre ayant atteint des enfants, vivant dans les conditions hygiéniques les plus déplorables. Il conclut en disant qu'il pense que l'humidité et la mauvaise nourriture ont de l'influence sur le développement de cette affection.

Les secrétaires des séances : MM. Gautrelet et Bovet.

COURRIER

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 25 janvier 1890, par la nomination des 307 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

Ce sont MM. :

1. Planque, Pauchet, Lacour, Le Moniet, Perregaux, Bensaude, Sergent, Michon, Delanglade, Jorand, Lalande, Rispal, Fiquet, Schweisguth, Ardillaux, Du Bouchet, Venot, Mirallié, Chevereau, Mortagne.

21. Desfosses, Brunswic, Perrin, Teissier, Schwaab, Landowski, Follet, Nimier, Paul-

Boncour, Lévy (Armand), Martin-Durr, Bourcart, Mermet, Huart, Deguéret, Lévi (Charles), Longuet, Zeimet, Auvray, Radovici.

41. Salmon, Mme veuve Eliacheff, née Roginski (Pauline), Collet, Bernardbeig, Bellot (Paul), Frémin, Jeannin (Georges-Paul-Honoré), Thiénot, Gasne, Ranglaret, Pouquet, Canuet, Bacri, Claude, Ripault, Bodin (Eugène-Marie), Chatelot, Bernard, Sarafoff, Braquehaye.

61. Reymond, Morel, Lombard, Escat (Jean-Joseph), Fournier (Louis-Joseph), Touchard, Mlle Broïdo (Sarah), Phulpin, Bois, Pouillot, Vermorel, Fort, Genouvillle, Litinsky, Bize, Wesberge, Nollet, Damay, Pêtre, Decès.

81. Fournier (Alfred-Edmond), Comar (Gaston), Cocquelet, Lavocat, Picou, Danseux, Meyer, Riche, Bodin (Léonce-Gabriel), Girard, Dauny, Gorse, Capdepont, Mlle Bouët (Françoise), Marion, Potel, Jacquinet, Virchaux, Vandaele, Cange.

101. Cazenave, Darquier, Chéron, Lenormand, Bellot (Eugène-Marie-Louis), Cadéac, Leroux (Auguste-Emile), Paté, Poussard, Bastide, Beaussenat, Mesnil, Tissier (Paul), Baudron, Paturet, Baley, Anghelovici, Orrillard, Richard (Louis-Pierre-Marie), Damourette.

121. Marchadier, Widiez, Ravanier Chaudet, Tissier (Henry), Gallard, Trouillard, Sauvage, Mignot, Mercier, Puech, de Gaulejac, Champenois, Laugier, Baillet, Maire-Améro, Christen, Hulot, Dupuy (Paul-Marie-Edouard), Apert.

141. Greuet, Cocquerelle, Ménard, Chassevant, Ferrier, Escat (Etienne), Bolognesi, Tsakiris, Dominguez, Diaz, Cazin, Bonnus, Marçais, Moity, Kahn, Dumontier, Luyt, Didier, Cerf, Mougeot.

161. Guilliou, Guibert-Lassalle, Thirard, Daude-Lagrave, Théodore, Halipré, Harou, Prieur, Galtier, Floersheim, Alleaume, Pribat, Decréquy, Lhomme, Janin (Joseph-Marie-Auguste), Guilleminot, Devillas, Cohanesco, Quignard, Sallé.

181. David (Léon-Jules), Chailloux, Javey, Pley, Gosset, Macrez, Marinco, Meusnier, Jouglet, Bouzon, Lemelletier, Desforges, Babon, Dufour (Etienne-Louis), Laurens, Maksud, Boëteau, Royer (Adolphe), Ehrhardt (Christian).

201. David (Marie-Henri), Hannion, Brosset, Duchesne, Eichmüller, Mathanson, Verdier, Rocquet, Lacaze, Leroy, Trognon, Lemaire, Moundlic, Miquel, Couvreur (Achille), Gibert (Marie-Joseph-Théophile-André), Sauvez, Corby, Pingat, Guyard.

221. Gouvernaire, Couillaud, Courtillier, Delmas, Le Roux (Emile), Aublé, Tacquet, Heins, Lemoult, Callais, Loriot, Chabry, Gestat, Vergues, Barjon, Rochon, Le Maître, Dardel, Vincent, Guillemot (Jules-Albert).

241. Cuénot, Charpentier, Constantinidès, David (Jacques), Deronde, Decornet, Mlle Lipinska, Sarremone, Guillemet, Bertherand, Pargoire, Abramovitsch, Lafond, Fonlladosa, Mérieux, Schwob, Lévy (Georges-Lazare), Hamaide, Léger, Pouteau.

261. Joly, Laporte, Valentin, Malfuson, Sebilotte, Seguin, Berceot, Barthélemy, Maupâté, Bouju, Himely, Guillon, Klefstad-Sillonville, Emerit, Bouteil, Coulon, Roché, Grilhault des Fontaines, Sarrouy, Dreyfus.

281. Verin, Presle, Vidal, Estay, Semens, Marcopoulos, Benoît, Jonnart, Yvinec, Horay, Paley, Charrade, Vivier, Elmassian, Goupil, Morisse, Soulié, Désiré, Lafaye, Delmond-Bébet.

301. Texier, Euvrard, Royer (Pierre-Victor-Charles), Bron, Rottenberg, Desgenétez et Beretta.

Hommage a A. Lereboullet. — La Société des sciences, agriculture et arts de la Basse-Alsace vient de décider la réimpression et la publication du travail sur l'épidémie de grippe de 1837, dû à M. A. Lereboullet, l'ancien doyen de la Faculté de Strasbourg. La Société a voulu, par cette réimpression, honorer la mémoire de l'auteur et rendre service au corps médical en mettant à sa disposition les renseignements recueillis et analysés par le docteur A. Lereboullet. (*Progrès méd.*)

Hygiène des vêtements. — *Le Pilou.* — Dans sa dernière séance, le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a entendu un rapport de M. Schützenberger relatif à une « étoffe dite Pilou » dont l'inflammabilité peut rendre l'usage dangereux et que le préfet de police lui avait signalée. Cette étoffe serait facilement inflammable et deux personnes,

dont les corsages avaient été confectionnées avec du « pilou », ont failli en être victimes, l'une en approchant une bougie, l'autre en allumant un fourneau. M. Schützenberger a dit : L'étoffe en question ne renferme que du coton. La chaîne est en fils fins tordus, analogues à ceux qui servent à confectionner les tissus de coton en général. La trame est composée de gros fils formés de coton à peine tordu et serré qui donne au tissu son épaisseur et ses qualités spéciales et permet de lui donner une surface pelucheuse. Il est facile de constater que ce tissu, introduit dans une flamme, se consume facilement. En flambant la surface de l'étoffe avec la flamme d'une bougie, on brûle le duvet, mais on ne provoque pas l'inflammation. Il résulte de là que dans certaines conditions de contact avec la flamme d'une bougie ou d'un bec de gaz, l'étoffe peut prendre feu et brûler rapidement. Cette propriété est due, « non à la nature de la fibre, ni aux produits employés pour la teinture », mais uniquement à « l'état physique du fil employé pour la trame ». Elle donne au « pilou » un caractère d'inflammabilité plus grand que celui des autres tissus de coton. Le « pilou » doit donc être considéré comme d'un emploi dangereux pour la confection de vêtements offrant des parties flottantes librement. M. Jungfleisch a raconté à ce sujet qu'il y a quelques années, les élèves de l'Ecole polytechnique portaient un pantalon de travail qu'ils avaient surnommé « pantalon de zinc », dont l'étoffe présentait de grandes analogies avec celle que M. Schützenberger a analysée; c'était une sorte de bourre de coton mal tramée qui se conduisait comme l'amadou; l'inflammabilité était telle qu'une étincelle de cigarette pouvait y mettre le feu. Il a fallu renoncer à se servir de ces pantalons. Le conseil a décidé que le rapport de M. Schützenberger serait publié afin de mettre le public en garde contre les dangers que peuvent présenter les étoffes en question. (*Prog. méd.*)

Société de médecine pratique. — Les conférences organisées par la Société de médecine pratique commenceront le 12 février prochain. En voici l'ordre du jour définitif :

Le 12 février. — M. Dujardin-Beaumetz : Du régime végétarien; ses applications thérapeutiques.

Le 19. — M. Motet : Les poisons psychiques : morphine, cocaïne, chloral, etc.

Le 26. — M. R. Blanchard : Méthode graphique; ses applications à la physiologie et à la médecine. (Projections électriques.)

Le 5 mars. — M. Paul Reynier : De l'asepsie.

Le 12. — M. Saint-Yves-Ménard : De l'acclimatation des animaux et des plantes; son utilité; quelques résultats encourageants. (Projections électriques.)

Le 19. — M. Laborde : Absinthisme et alcoolisme.

Le 26. — M. Cadet de Gassicourt : Education physique : premier âge; enfance; jeunesse.

Le 2 avril. — M. Gariel : Eclairage électrique.

Le 9. — M. Léon Petit : Les médecins de Molière. — La médecine au XVIIe siècle. — La Faculté. — Paris et Montpellier. Médecins, chirurgiens, barbiers. — Les médecins attaqués par Molière. — Molière aux prises avec les médecins. (Projections électriques.)

Le 16. — M. Bouloumié : Malades et blessés dans nos armées en temps de guerre. — Influence du recrutement actuel des armées, des méthodes de guerre, du mode de contact et des nouvelles armes sur les maladies et les blessés. — Nouvelle organisation des secours.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement des maladies chroniques de la moelle (1).

VI. — La suspension.

C'est le professeur Motchoutkowski (d'Odessa) qui employa le premier cette méthode de traitement contre l'ataxie locomotrice. Ayant voulu redresser la colonne vertébrale d'un de ses malades à l'aide de l'appareil de Sayre, il remarqua que les douleurs et l'incoordination des mouvements s'amélioraient et essaya de l'appareil avec succès sur d'autres ataxiques. Son travail, publié en 1883, était passé à peu près inaperçu. Il fut porté à la connaissance des médecins français par Raymond (*Etude des maladies du système nerveux en Russie*; Rapport, p. 36, Paris, Doin, 1889), et bientôt l'on entreprit de toutes parts de contrôler les assertions du médecin russe.

Cependant Steward conteste à Motchoutkowski la priorité de sa découverte; il prétend que Mitchell, en 1826, employait la suspension contre la carie des vertèbres, et que Weir Mitchell, dès 1810, s'en est servi avantageusement dans deux cas de paraplégie convulsive.

La question étant encore à l'étude en ce moment, nous croyons devoir donner ici les titres des travaux que nous avons consultés en nous empressant de dire que cette bibliographie n'a pas la prétention d'être absolument complète.

a) Bibliographie :

1° *Travaux en langue française.* — *Progrès médical*, 1889, 3 et 8 : Leçons du professeur Charcot résumées par Gilles de La Tourette. — Du même : Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1888-89, p. 199. — Id. : *Avenir médical*, 15 mai 1889. — Raoult : *Progrès médical*, 1889, 15. — Du même : *Archives de neurologie*, 1888. 52, p. 129. — Balaban : Thèse de Paris, 1889, n° 259. — W. Gosselin : Th. de Paris, 1889, n° 7. — Blocq : *Bull. méd.*, 9 juin 1889. — Gilles de La Tourette et Lagoudakis : *Arch. de neur.*, 1889, 52, p. 126. — Haushalter et Adam : *Progrès méd.*, 1889, 46, 47, 48. — Appareil d'Althaus : *Progrès méd.*, 1880, 28; *Lancet*, 13 avril 1889. — Dujardin-Beaumetz : *Bull. de thérap.*, 1889, 26. — Vergely et Picot : *Gaz. hebdom. de Bordeaux*, 1889, p. 90. — Galezowski : *Revue d'ophtalmologie*, 1889, 5, p. 284. — Abadie, Desnos : Soc. de méd. de Paris, février 1889; — *Revue d'hygiène thérap.*, mai 1889; — Soc. de méd. de Bordeaux, mai et juillet, 1889. — Gorecki : *Praticien*, 6 mai 1889; — *Lyon médical*, 1889, 18 et 37. — Boen ; *Scalpel*, 1889, 15, 17. — Tiberghien : *Journal de méd. de Bruxelles*, 20 juillet 1889. — Ladame ; *Revue de la Suisse romande*, 1889, 6; — Soc. de méd. de Montpellier, 29 mai 1889.

2° *Travaux en langue anglaise.* — J. Marshall : Londres, 1887. — A. de Watteville ; Lon-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19 et 31 décembre 1889.

dres, 1889. — Morton : *Med. Record. N.Y.*, 13 avril 1889. — Saundeby : *Brit. med. J.*, 2 mars 1889. — Mitschell : *Med. New.*, 13 avril 1889. — Id. : *Amer. J. of Med. sc.*, mai 1889. — Hammond : *N. Y. Med. J.*, 18 mai 1889. — Simpson : *Canadian Practitionner*, 1er juin 1889. — Westfelder : *Med. Rec.*, 8 juin 1889. — Fenwick : Soc. méd. de Londres, novembre 1889. — Cagney : Société roy. de méd. et de chir., 14 janvier 1890. — Stewart : *Med. News*, 1889, et *Bullet. de thér.*, 1890, 2, p. 43.

3° *Travaux en langue allemande.* — Eulenburg et Mendel : *Neurol. Centralb.*, 1889, 11. — Bernhardt : *Berlin. Klin. Woch.*, 1889, 26, et *Neurol. Centralb.*, 11. — Furgussen : *Deutch. Med. Woch.*, 1880, 40. — Openckowski : *Berl. Klin. Woch.*, 1889, 25. — Erb., etc.: Quatorzième réunion des neurologues, mai 1889. — Perregaux : *Correspond. für Schweizer Aerzte*, 11, 1er juin 1889, p. 350.

4° *Travaux en langues diverses.* — Motchoutkowski (en russe) : *Wratsch.*, Saint-Pétersbourg., 1883, 17, 21. — De Renzi : *Revista clinica et therapeutica*, mars 1889, et *Centralblatt*, 1889, 43. — Delprat : Société néerlandaise pour l'avancement des sciences, session de juillet 1889, à Haarlem. — Lumbroso : Deuxième Congrès de la Société italienne de médecine interne, 1889. — Gamba : Giornale R. Academia di Torino (*Union méd.*, 1889, 93, 165). — Borsari : *Rivista generale Italiana*, 25 oct., et *France méd.*, 1890, 4, p. 55.

b) Manuel opératoire. — On emploie l'appareil de Sayre (de New-York) que ce médecin a imaginé contre les déviations de la colonne vertébrale ; cet appareil est décrit par le professeur Charcot de la façon suivante :

Il se compose d'une tige de fer horizontale de 45 centimètres de longueur, portant en son milieu un anneau qui supportera le crochet d'une moufle servant à faire les tractions.

A chacune des extrémités de la tige se trouve un crochet, auquel s'adapteront, par une boucle, les pièces devant passer sous les aisselles du patient. En outre de la tige de fer, l'appareil comprend deux pièces latérales pour les aisselles, une pièce médiane composée de deux pièces secondaires servant de soutien à la tête pendant l'opération.

Les deux parties de la pièce médiane sont de forme triangulaire allongée et sensiblement pareilles ; l'antérieure se place sous le menton et la postérieure au niveau de la nuque sous l'occiput. On reconnaîtra la pièce antérieure à ce fait qu'elle porte latéralement une petite boucle qui sert, lorsque l'appareil est en place, à réunir les deux pièces entre elles à l'aide d'une petite courroie. Cette courroie doit être assez serrée pour empêcher le collier de glisser quand le malade est suspendu, et ne pas l'être trop pour éviter la compression des jugulaires, ce qui amènerait des accidents. La courroie est percée de huit à dix trous, et l'ardillon se met du deuxième au cinquième, selon la grosseur du cou. Rarement on est forcé d'interposer entre la courroie, dont l'application exige un grand soin, et le cou un corps mou, tel qu'un mouchoir ou de la ouate.

Un fait de M. Leude prouve la nécessité d'une surveillance attentive dans le placement de la fronde. Il a rappelé à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux que les enfants que l'on soulève par les régions temporo-pariétales peuvent mourir subitement et a cité un cas de pendaison instructif à ce point de vue. Un homme se suicide en se pendant à l'espagnolette d'une fenêtre par une double fronde portant sur la nuque et le cou et ne comprimant ni la trachée ni les vaisseaux. Le corps touchait le plancher par le siège, et la suspension avait duré si peu de temps que les liens n'avaient tracé aucun sillon sur les parties qu'ils touchaient.

Le bord supérieur de la grande tige horizontale présente de chaque côté trois encoches dont nous allons voir l'utilité. La tête est plus ou moins grosse. On fait donc varier les dimensions du collier, et, pour cela, on

place la boucle supérieure de la pièce dans le premier, le deuxième ou le troisième des crans ou encoches; plus la tête est volumineuse, plus la boucle doit être placée en dehors.

Chez les individus sensibles, on peut, surtout au début du traitement, protéger le menton par un corps mou.

Les pièces des aisselles sont les véritables régulateurs de la suspension et doivent être adaptées quand la pièce de la tête est en place. Elles servent à empêcher la traction de porter uniquement sur la tête et le cou, ce qui ne serait pas toléré. Leur forme est celle d'un ovoïde matelassé à son extrémité inférieure et elles sont munies en haut d'une courroie qui peut s'allonger ou se raccourcir à volonté, suivant la taille ou le poids du malade. Le jeu de cette courroie est très important. En effet, lorsque la pièce axillaire est trop courte, il peut se produire une compression des troncs nerveux susceptible de déterminer des fourmillements, des engourdissements nécessitant l'interruption de la séance. Lorsque la pièce est trop longue, au contraire, le tiraillement des muscles de la nuque devient intolérable, le corps ne trouvant pas un point d'appui suffisant.

On devra donc, pour chaque nouveau sujet, procéder par tâtonnement et, au bout de deux ou trois séances en général, on sera fixé sur la longueur à donner aux différentes pièces.

Lorsque l'appareil est placé, on tire doucement, et sans secousses, sur la poulie de la moufle, afin d'élever peu à peu le corps. Le malade doit éviter autant que possible les mouvements intempestifs.

Quand le patient a quitté le sol, on le soutient légèrement pour empêcher les oscillations, et on compte soigneusement les secondes afin de fixer le temps de la suspension. De temps en temps, si le malade le peut, on lui fait élever les bras vers l'horizontale.

La plus longue séance ne doit pas dépasser trois ou quatre minutes, en commençant par une demi-minute et en n'arrivant au maximum que vers la huitième séance.

Les susceptibilités individuelles sont très différentes. Lorsque le poids du malade atteint 80, 90 kilogr., la traction qui s'exerce sur les muscles de la nuque cause souvent des douleurs pendant la journée suivante, ce qui ne doit pas être si l'opération est bien conduite. Elle ne doit, en effet, entraîner ni douleur, ni fatigue, sous peine d'être inefficace.

Il ne faut faire de séance que tous les deux jours.

Quand le nombre de minutes désiré est atteint, on lâche peu à peu la corde pour laisser le patient descendre lentement, sans secousses. Lorsqu'il a touché le sol, on le soutient un instant pour enlever l'appareil et on l'asseoit pendant quelques minutes.

Chez les aveugles, quand la plante du pied est insensible, il faut faire attention au moment où le malade touche le sol, car alors il se produit parfois des mouvements désordonnés avec contre-coup dans la nuque (Tiberghien).

Au moment d'être suspendu, le malade doit quitter son vêtement de dessus et mettre son cou à nu, ou du moins ne pas le serrer dans un col étroit.

Outre les pièces décrites ci-dessus, l'appareil de Sayre comporte un trépied portatif à branches démontables muni à sa partie supérieure d'un crochet auquel se fixe la moufle sur laquelle passe la corde de traction. Ce

trépied n'est pas à employer chez les ataxiques, qui la renversent souvent par suite de l'incoordination des mouvements des jambes.

Etudions maintenant rapidement quelques modifications apportées à l'appareil de Sayre. Althaus a fait ajouter à une des branches du trépied une roue à bobine sur laquelle la corde de la moufle s'enroule; une manivelle permet d'élever ou de descendre le malade sans secousses. Ce dispositif évite aussi une grande fatigue à l'aide qui, dans l'appareil primitif, maintient l'ataxique suspendu.

Weir Mitchell a cherché à éviter la compression des organes du creux de l'aisselle en remplaçant les pièces axillaires par des écharpes dans lesquelles le malade place ses coudes fléchis et collés au corps; il y a deux moufles, l'une sert pour le corps, l'autre est destinée généralement à l'extension de la tête, que l'on gradue ainsi à volonté. A l'aide de cet appareil, l'inventeur a pu prolonger la suspension jusqu'à vingt minutes.

Hammond se sert d'une balance. A l'une des extrémités du fléau, il place deux frondes contenant le menton et l'occiput, à l'autre se trouve un plateau avec des poids indiquant la traction exercée; au début, on ne met que 75 à 80 livres dans le plateau de façon à ne pas faire quitter entièrement la terre au patient, mais chaque jour on augmente un peu le poids; il n'y a pas de suspension axillaire, ce qui permettrait un effet plus rapide.

Vergely et Picot (de Bordeaux) se servent d'une traverse en bois appuyée sur deux lits et soutiennent les bras et la tête avec des bandes et des linges roulés. « Deux linges roulés en cylindres, placés aux extrémités de la traverse, servent de brassières et, au milieu, une double cravate en toile assure le maintien du menton et de la nuque. »

Ladame a fait ajouter un peson à l'appareil de manière à se rendre compte immédiatement du poids du malade, indication précieuse pour fixer la durée de la suspension.

Barlet a fait construire un appareil qui se compose d'un double arc de cercle dont les branches se croisent à angle droit; l'une sert pour la suspension sous les aisselles, et la seconde pour la tête; comme celle-ci est dirigée d'avant en arrière, el que les pièces destinées à soutenir le menton et la nuque s'entrecroisent, il s'ensuit que la tête est mieux soutenue, qu'il ne peut y avoir de compression jugulaire et que l'extension de la colonne vertébrale se fait mieux suivant son axe.

Régis a d'abord employé un appareil analogue à celui de Sayre, mais dans lequel la fronde et les liens axillaires s'appliquent à deux fléaux séparés, ce qui permettait de faire isolément ou simultanément la suspension axillaire et la suspension capitale. Il a ensuite substitué la suspension du tronc à la suspension axillaire; il se sert pour cela d'une ceinture de gymnastique portant bretelles et s'adaptant au fléau destiné aux liens des aisselles; la ceinture, qui a de la tendance à remonter le long du thorax, est maintenue en place au moyen d'un gros tube de caoutchouc.

Kapeller a aussi modifié l'appareil de manière à ce qu'il prenne son point d'appui sur la poitrine par l'intermédiaire d'une courroie; le sujet est soulevé d'un lit sur lequel il est étendu.

D'après Jurgensen, Hessing, depuis plus de quinze ans, étaie la colonne vertébrale d'une façon continue, nuit et jour, pendant des années. Il se sert pour cela d'un corset d'étoffe qui se serre étroitement sur le tronc; les points d'appui sont les aisselles et le bassin, qui supporte le poids de la partie supérieure du corps; la colonne vertébrale ne peut plus supporter de

pression notable et reste en extension continue. Mais ce n'est plus là de la suspension.

La durée que nous avons indiquée est celle conseillée par le professeur Charcot. Motchoutkowski, lui, a été jusqu'à dix minutes et plus, tout en reconnaissant qu'à partir de dix minutes, le malade à des fourmillements, de la congestion de la face.

Dujardin-Beaumetz conseille une durée oscillant de trente secondes, au début, jusqu'à trois minutes. Il ne dépasse pas ce dernier chiffre et laisse la pointe des pieds de ses malades toucher le sol.

Dujardin-Beaumetz a aussi expérimenté la combinaison de la suspension avec la gymnastique de l'opposant (méthode de Pichery). « M. Charcot, muni des boudins élastiques qui constituent la gymnastique de l'opposant, permet à l'ataxique d'exécuter des mouvements plus ou moins combinés des membres inférieurs et supérieurs en même temps qu'il se déplace... Lorsque le malade a exécuté pendant dix minutes, un quart d'heure ces mouvements, on fait intervenir la pendaison. » En réalité, le procédé de Pichery est mauvais chez les vrais ataxiques et ne convient que « dans tous ces troubles qui surviennent dans le cours de la neurataxie ou de l'hystérie ».

Dans un de ses cas, le troisième, Motchoutkowsky laissa son malade couché et se borna à exercer une traction progressivement continue par l'action de poids attachés aux pieds. Il a eu des résultats satisfaisants.

Fenwick traita avec succès des symptômes vésicaux en ordonnant à son malade de se suspendre par les bras à une porte, deux fois par jour, le matin et le soir.

c) Accidents et contre-indications.— Dès les premières suspensions qu'il fit pratiquer à la Salpêtrière, le professeur Charcot observa des accidents.

Un athéromateux sans lésion orificielle du cœur présenta de l'œdème des membres inférieurs après la dix-septième séance ; son cœur s'était forcé.

Dans un autre cas, il survint d'abord un état lipothymique à la suite de quelques séances, puis une véritable syncope; un accident du même genre arriva chez un autre malade.

Un autre tabétique, très anémié, a vu ses symptômes parétiques s'aggraver sous l'influence du traitement.

M. Charcot a observé encore une paralysie radiale dépendant de la compression et la rupture d'une artériole athéromateuse déterminée par la compression exercée sur l'aisselle.

Erb a vu, à la suite de plusieurs séances entraînant des vertiges, un sentiment de constriction au niveau de la poitrine, une grande faiblesse, survenir une mort subite que l'autopsie ne put expliquer. Le malade était très lourd.

Morton a noté l'augmentation de l'anesthésie cutanée et des crampes cervicales.

M. Gilis, dans un cas qui se rattache à l'emploi du corset de Sayre dans la polyarthrite vertébrale, constata une perte de connaissance rapide.

Les accidents peuvent être beaucoup plus graves et entraîner la mort subite ou rapide.

Le docteur Blocq, sur le travail duquel nous reviendrons tout à l'heure, rapporte une observation d'après laquelle un tabétique, avec symptômes

de paralysie générale, ayant appris d'un médecin le *modus faciendi* de la suspension, voulut se traiter lui-même; il tomba, après une séance, dans un espèce de coma, et succomba rapidement.

Un médecin de New-York, une femme, s'étranglèrent par suite du déplacement de la partie mentonnière de la double sangle. Un tabétique avec paraplégie se faisait suspendre tous les jours par un domestique ; il mourut en vingt-quatre heures après une séance (Gorecki).

Dans un cas rapporté récemment par Borsari, le malade atteint d'insuffisance aortique présentait après chaque pendaison de la stupeur, des mouvements convulsifs des membres et une augmentation de l'hésitation dans la marche. Bientôt survinrent des vomissements, de la fièvre, et le malade mourut dans le coma trois jours après la dernière suspension. Outre les lésions ordinaires, on trouva une lepto-méningite aiguë cérébrale et spinale.

Ces accidents montrent qu'il est prudent de toujours confier la direction du traitement à un médecin ou à un aide expérimenté.

Blocq a rangé, sous trois chefs, les diverses contre-indications du traitement par la suspension (*Bull. méd.*, 1889, 46), selon qu'elle sont motivées :

1° Par des modalités particulières de l'état général;

2° Par quelques affections des systèmes cardio-pulmonaire et nerveux :

3° Par certaines lésions locales.

1° La débilité organique est une condition défavorable; il en est de même de l'anémie, qui contre-indique le traitement quand elle est très marquée. L'œdème et l'obésité rendent nécessaire une surveillance active ; le premier rend souvent la suspension douloureuse. Dans les cas de ce genre, l'appareil de Weir Mitchell pourrait rendre des services.

2° Pendant la suspension, la respiration augmente de fréquence et diminue d'amplitude. Les affections chroniques des voies respiratoires, l'emphysème, la phthisie pulmonaire doivent faire éloigner le traitement. Les désordres de l'appareil cardio-vasculaire sont aussi très importants. C'est ainsi que, dans l'athérome, il pourra se produire des ruptures de vaisseaux par suite de la pression directe des courroies. La suspension augmentant la fréquence du pouls, il ne faudra pas l'employer chez les malades qui sont exposés à des congestions ou à l'apoplexie cérébrale.

Toutes les affections cardiaques, celles des gros vaisseaux, sont une contre-indication formelle; la compression chez ces malades engendre une tendance syncopale, des accès de dyspepsie, de la somnolence.

Y a-t-il des contre-indications relevant d'affections nerveuses? C'est là un point mal connu. Au début, on avait pensé que la paraplégie avec exagération des réflexes, les scléroses en plaques, c'est-à-dire les maladies avec phénomènes spasmodiques, étaient aggravées par le traitement. Depuis, on a relevé des faits contradictoires. On doit simplement, ajoute M. Blocq, surveiller minutieusement les malades dans des cas de ce genre. Les vertiges indiqueraient plutôt l'abstention. On pourrait, du reste, souvent les empêcher de se produire en causant avec le malade pendant la durée de la suspension (Motchoutkowski).

3° Il faut examiner soigneusement l'état des dents, qui sont quelquefois assez ébranlées pour que l'on ne puisse appliquer la fronde. Il faudra aussi s'abstenir quand le tabétique présentera une grande disposition aux fractures spontanées.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

Les Vosges, le sol et les habitants, par G. Bleicher.
Paris, J.-B. Baillière et fils, 1890.

La Bibliothèque scientifique internationale vient de s'enrichir de ce nouveau et intéressant volume, dont de nombreuses cartes et figures facilitent la lecture.

L'auteur passe successivement en revue le sol et ses habitants : végétaux, animaux, humains. Il a cherché à rendre aux montagnes l'importance qui leur convient dans l'étude de la configuration du sol et a envisagé les Vosges dans leur unité; car trop souvent, dit-il, une chaîne de montagnes, sous prétexte qu'elle sépare deux bassins ou deux peuples, a ses versants étudiés à part et presque toujours par des auteurs différents.

La région des Vosges intéresse un grand nombre de nos confrères, vu son l'importance hydrologique; de plus, l'on sait qu'il est question d'établir dans l'admirable site de la Schluter une station climatérique de hauteur. Le médecin hydrologue, soucieux de la santé de ses malades, ne doit pas seulement connaître les propriétés des sources où il les envoie, il doit aussi être au courant du site, de l'exposition, des promenades environnantes, car ces divers éléments ont la plus grande importance dans le succès de la cure.

P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur l'action physiologique de l'acide sélanieux, par MM. Chabrié et Lapicque. — Les expériences de MM. Chabrié et Lapicque peuvent se diviser en deux séries: 1° action de l'acide sélénieux sur les organismes inférieurs et notamment sur les microbes ; 2° action physiologique sur les animaux supérieurs.

De leur première série d'expérience, les auteurs concluent :

1° Qu'il faut une dose d'acide sélénieux un peu supérieure à deux millièmes pour empêcher la fermentation du bouillon sous l'action des microbes vulgaires de l'air ; 2° qu'avec des doses moindres cette fermentation s'établit et qu'alors l'acide sélénieux est réduit. Cette réduction se fait au contact même des micro-organismes.

Chez les animaux supérieurs, ils sont arrivés aux résultats suivants :

Les sulfites injectés dans le sang d'un animal se transforment en sulfates qui ne possèdent aucune action toxique. Les sélénites ne s'oxydent pas dans ces conditions, et l'on voit qu'en réalité les sels introduits dans l'organisme ne sont plus les mêmes. Mais, comme précisément l'acide sélénieux se différencie chimiquement de l'acide sulfureux parce qu'il n'a pas, comme lui, la propriété réductrice, les conséquences physiologiques de ce fait étaient intéressantes à connaître.

Sur les animaux supérieurs les auteurs ont trouvé que l'acide sélénieux possède un pouvoir toxique considérable.

Leurs expériences ont été faites avec une solution aqueuse d'acide sélénieux exactement neutralisé par la soude. Les chiens meurent quand ils ont reçu trois milligrammes pour un kilogramme de poids corporel.

Les lésions observées à l'autopsie consistent dans une congestion intense de tous les viscères ; les poumons, violacés, surnagent à peine si on les met dans l'eau ; l'intestin est couvert de taches ecchymotiques. Pendant l'intoxication, on observe des vomissements et des défécations.

La pression sanguine (étudiée au moyen du manomètre enregistreur de M. François Franck) présente une baisse régulière et continue, qui est vraisemblablement en rapport avec la congestion viscérale. La respiration, enregistrée par un pneumographe, affecte le type de Cheyne-Stokes.

Le cœur s'arrête en systole ou en trémulation.

Le phénomène le plus remarquable consiste dans une secrétion bronchique très abondante. Un de nos animaux, pesant 10 kg. 500, a rendu, en vingt-cinq minutes, par sa canule trachéale, 180 gr. d'un liquide limpide, légèrement teinté de rose, qui s'est spontanément coagulé à l'air.

L'analyse chimique n'a fait constater aucune trace de sélénium dans le liquide.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 janvier. — Présidence de MM. Le Dentu et Terrier.

M. Nicaise, ne pouvant, pour cause de santé, présider les séances, est remplacé par M. Terrier.

— M. Lucas-Championnière communique deux observations de M. Piéchaud se rapportant à l'extirpation de l'astragale pour pieds-bots.

M. Nélaton fait remarquer que l'extirpation de l'astragale que préconise M. Berger prive le pied d'un os important et que, d'autre part, la méthode de Phelps, dont a parlé M. Kirmisson il y a quelque temps, est souvent insufffisante. Il a eu recours dernièrement à un nouveau traitement décrit par Rydygier en 1882.

Dans un premier cas, il a eu à traiter une petite fille de 8 ans chez laquelle un double pied-bot congénital rendait la marche impossible. Sur le pied droit, il enleva la tête de l'astragale, la grande apophyse du calcanéum et fit la ténotomie du tendon d'Achille. A gauche, on dut faire les mêmes résections osseuses. Malgré tout, l'équinisme persistait et on dut intervenir de nouveau. M. Nélaton remarqua l'existence sur la face externe de l'astragale, à la partie antérieure de la facette, d'une sorte de cale osseuse qui empêchait le pied de se relever, il l'enleva et fit la ténotomie du tendon d'Achille; enfin, l'enlèvement d'une petite partie du col de l'astragale acheva le redressement complet. Le résultat est excellent.

Au musée Dupuytren, où il fit des recherches, M. Nélaton remarqua sur trois pièces l'existence de cette cale osseuse. Aussi, dans un second cas, put-il faire disparaître l'équinisme par sa seule résection.

Le varus dépend surtout de l'hypertrophie de la tête de l'astragale, qui maintient le scaphoïde luxé en dedans; il est aussi maintenu par la grande apophyse du calcanéum, en dedans de laquelle se trouve le cuboïde. La section des ligaments internes par la méthode de Phelps n'est pas suffisante, dans ces cas, pour corriger le déplacement. Il peut même se faire qu'il existe encore après l'extirpation de la tête de l'astragale et qu'il devienne nécessaire d'enlever 1 centimètre au moins de la grande apophyse du calcanéum, de façon à pouvoir ramener vers le dehors le cuboïde déplacé.

M. Nélaton, se basant sur ces différents faits, conseille d'opérer de la façon suivante dans le cas de pied-bot varus équin invétéré.

Il faut d'abord faire une incision longue à peu près de 6 centimètres entre le bord externe des tendons extérieurs, qu'elle longe jusqu'à l'interligne médio-carpien et le bord antérieur du péroné. Cette incision arrive jusque sur le tubercule osseux, qui forme cale et ouvre à ce niveau l'articulation tibio-tarsienne. On excise alors à l'aide du ciseau la production osseuse et l'équinisme est corrigé. La même incision permet de réséquer la tête de l'astragale hypertrophiée.

Une deuxième incision de 3 centimètres est faite sur la grande apophyse du calcanéum, qui est dénudée dans un espace d'environ 1 centimètre 1/2; cette portion dénudée est réséquée.

Le pied peut alors se redresser complètement et être maintenu immobile dans un appareil approprié.

Le principal avantage du procédé que vient d'indiquer M. Nélaton est qu'il ne fait que le minimum possible de résections osseuses.

Une petite malade a été opérée avec un succès complet par cette méthode.

— M. Jalaguier montre à la Société les moulages de deux pieds-bots paralytiques

chez de jeunes enfants qui ont été traités avec un excellent résultat par un procédé différent.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une petite fille de 10 ans qui, à la suite d'une paralysie infantile remontant à plusieurs années, présentait un double pied-bot varus équin empêchant absolument la marche. M. Jalaguier, ayant vu que les essais de réduction de la tête de l'astragale subluxé au-dessus du scaphoïde ne remédiaient en rien à la déformation, fit au deux pieds l'extirpation de l'astragale, la section de l'aponévrose plantaire et celle du tendon d'Achille. Le redressement fut facile, et la malade marcha très bien.

Le second cas concerne une enfant de 12 ans qui avait d'un côté, aussi à la suite d'une attaque de paralysie infantile, un pied-bot varus avec équinisme léger de l'arrière-pied tenant à la contracture des péroniers latéraux; la marche se faisait sur le scaphoïde déplacé en avant et en bas. M. Jalaguier fit la résection sous périostée de ce dernier os, fixa, après avivement et à l'aide du catgut, la tête de l'astragale et le premier cunéiforme, et enfin sectionna les péroniers latéraux et le tendon d'Achille; il obtint un bon résultat.

Comme les deux faits ci-dessus se rapportent à des cas de pieds-bots paralytiques datant de longtemps, on peut les rapprocher des cas de pieds-bots congénitaux.

— M. Humbert montre à son tour deux moulages. Il regarde le procédé de Phelps comme inefficace quand les lésions sont très accentuées.

Ayant à traiter chez un enfant de la campagne un double pied-bot varus équin, il a enlevé l'astragale et la partie antérieure du calcanéum, et fait la section de l'aponévrose plantaire. Le résultat est très bon.

Pour M. Humbert il faut, en fait, enlever tout ce qui gêne pour obtenir la réduction complète.

M. Lucas-Championnière estime qu'il y a peu d'intérêt, au point de vue pratique, à rechercher exactement pourquoi l'astragale ne peut rentrer dans la mortaise tibio-péronnière. Il n'y a pas d'inconvénient à enlever très largement les os du tarse, et, plus on fait l'ablation large, mieux la mobilité et la souplesse du membre sont obtenues. Une des opérées de M. Nélaton a des mouvements de peu d'amplitude; ils seraient plus étendus, sans doute, si on avait enlevé d'avantage.

Becker est aussi partisan de cette pratique que suit M. Lucas-Championnière; il ne faut pas toucher à la malléole externe. A l'occasion, il enlève l'astragale, le scaphoïde, les cunéiformes, s'attaque au calcanéum et est persuadé de l'avantage de cet évidement du tarse. Il en a obtenu du moins de beaux succès.

M. Le Fort appuie sur l'excellent résultat qu'a obtenu M. Nélaton.

M. Berger croit aussi que le procédé de M. Nélaton offre peu d'inconvénients. La disposition cunéiforme de l'astragale est une des causes qui empêchent de la faire rentrer dans la mortaise tibio-tarsienne. L'opération que pratique M. Nélaton donne peut-être moins de mouvements au pied, mais elle permet d'obtenir un très bon résultat plastique. M. Berger procède, dans ses opérations, d'une façon progressive et enlève peu à peu tout ce qui est nécessaire pour obtenir le redressement désiré.

M. Trélat fait remarquer qu'il est clair qu'en enlevant tous les os du tarse on finira par redresser le pied. Cependant il serait utile d'être exactement renseigné sur la disposition anatomique qui empêche la réduction; on pourrait ainsi opérer d'une façon plus rationnelle. Il ne faut enlever que le nécessaire.

— M. Terrillon lit une statistique de *trente-cinq ovariotomies* pratiquées du 12 février au 20 octobre 1889.)

Il y avait 23 kystes multiloculaires; 7 kystes paraovariens; 2 kystes dermoïdes; 1 kyste sarcomateux; 1 kyste hydatique.

On a obtenu 33 guérisons et 2 morts. Ces deux dernières tiennent à une péritonite sans élévation de température et à des accidents septiques lents, tirant leur origine d'une partie de la poche restée adhérente.

M. Terrillon a observé une complication rare, l'hématocèle retro-utérine.

— M. Chaput lit une observation de *cholécystotomie* pratiquée sur une femme de 46 ans, légèrement hystérique qui présentait une tumeur assez volumineuse, mobile transversalement, douloureuse et mate.

L'opération permit de constater la présence d'un gros calcul enclavé. On dut faire la suture de la vésicule à la peau pour empêcher le liquide qu'elle renfermait de tomber dans le péritoine.

Dans une deuxième opération, M. Chaput chercha à fermer la fistule ; il y parvint en disséquant et fermant la vésicule, puis en oblitérant le trajet. La deuxième intervention doit être pratiquée le plus tôt possible.

— M. Delorme présente un malade auquel, il y a onze mois, il a fait la résection du genou ; l'artère poplitée adhérait intimement aux tissus indurés et il fallut la disséquer sur une étendue de 8 centimètres.

— M. Gérard-Marchand présente un malade atteint de troubles de la sensibilité et de la motilité de la cuisse à la suite d'un coup de canne reçu dans l'aine. Une incision permit de reconnaître qu'il y avait un étranglement annulaire du nerf crural qui fut dégagé. Les accidents disparurent presque tous.

M. Gérard-Marchand insiste sur ce fait que, dans ce cas, le membre malade était plus gros que le membre sain par suite d'adipose sous-cutanée. Actuellement, le malade peut parcourir à pied plus de dix kilomètres.

— M. Tuffier montre un malade qu'il a guéri d'une fistule pyo-stercorale survenue d'un côté, après une double cure radicale de hernie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat pendant le mois de janvier 1890.

Du 1er au 7 janvier, pas de thèses.

Mercredi 8. — N° 55. M. Azam (Jean-Marie) : Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde. (Président, M. Potain.) — N° 56. M. Epron (Gabriel) : Contribution à l'étude des anévrysmes intra-crâniens de la carotide interne et de ses branches. (Président, M. Straus.) — N° 57. M. Dusser (Albert) : Des hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés. (Président, M. Pinard.) — N° 58. M. Baudry (Victor) : Etude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prématuré artificiel. (Président, M. Pinard.)

Jeudi 9. — N° 59. M. Deroche (René) : Etude clinique et expérimentale sur les amyotrophies réflexes d'origine articulaire. (Président, M. Peter.) — N° 60. M. Giraud (Louis) : Traitement de l'uréthrite blennorrhagique par le salol. (Président, M. Cornil.) — N° 61. M. Darricarrère (J.) : La paralysie générale dans l'armée. (Président, M. Ball.) — N° 62. M. Maret : De l'ablation des tumeurs de la zone motrice du cerveau. (Président, M. Duplay.)

Du 10 au 14. — Pas de thèses.

15. — N° 63. M. Legrand (Hermann) : Contribution à l'étude de la prophylaxie sanitaire maritime moderne du choléra. (Président, M. Proust.) — N° 64. M. Echalier (Albert) : De l'incubation de l'érysipèle. (Président, M. Proust.)

Du 16 au 21. — Pas de thèses.

22. — N° 65. M. Maturié (Denys) : Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale et de son traitement. (Président, M. Trélat.) — N° 66. M. Delagénière (Yves Henry) : De la cholécystentérostomie ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin. (Président, M. Trélat.) — N° 67. M. Berger (L.-E.) : Sur des accidents peu connus du phimosis congénital. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 23. — N° 68. M. Debayle (Louis-Henri) : De l'hystéropexie vaginale (opération de Nicolétis), nouveau mode de traitement des déviations utérines. (Président, M. Brouardel.) — N° 69. Heurteau (Edouard) : Contribution à l'étude des conséquences tardives des lésions traumatiques de la moelle épinière. (Président, M. Laboulbène.) — N° 70.

M. Cambours (Pierre) : Des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées), leurs indications et contre-indications. (Président, M. Laboulbène.) — N° 71. M. Levy (Frédéric) : Sur un exanthème rubéoliforme au déclin de la fièvre typhoïde. (Président. M. Bouchard.) — N° 72. M. Beaujean (Louis) : Vergetures des membres. (Président, M. Bouchard.) — N° 73. M. Restrepo (A.-I.-E.) : Contribution à l'étude de la pathologie des altitudes. La tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec le climat et les races au plateau de Bogota. (Président, M. Dieulafoy.)

Du 24 au 28. — Pas de thèses.

Mercredi 29. — N° 74. M. Cochery (Constant) : Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure. (Président, M. Hayem.) — N° 75. M. Decaux (Charles) : De l'origine microbienne des kératites et de leur traitement. (Président, M. Lannelongue.) — N° 76. M. Psalidas (Michel) : Etude clinique et histologique sur le lymphadénome en général et en particulier sur une forme rare observée dans la mamelle. (Président, M. Trélat.) — N° 77. M. Laporte (Charles) : Syphilis de la clavicule. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 30. — N° 78. M. Billoir : Contribution à l'étude clinique de la syphilis vaginale. (Président, M. Proust.) — N° 79. M. Michel Ahmed ben Miloud : De la luxation de l'épaule en arrière et de ses complications. (Président, M. Le Fort.) — N° 80. M. Millet (Jules-Armand) : De l'empyème gangréneux interlobaire. (Président, M. Peter.) — N° 81. M. Allard (jules) : Des kystes puriformes du cœur. (Président, M. Peter.) — N° 82. M. Vèzes (Jean) : Anévrysmes des artères de la jambe : essai clinique et thérapeutique. (Président, M. Duplay.) — N° 83. M. Desreumaux (Jules) : De l'intervention chirurgicale dans les ostéo-arthrites tuberculeuses des articulations tibio-tarsienne et du pied chez l'enfant. (Président, M. Duplay.) — N° 84. M. Jacquinet (André) : Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement syphilitique du rectum. (Président, M. Duplay.) — N° 85. M. Lyon (Gaston) : L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques. (Président, M. G. Sée.) — N° 86. M. Grenier (Philippe) : Etude sur la maladie de Thomsen. (Président, M. Ball.)

COURRIER

Par arrêté ministériel en date du 29 janvier 1890, une chaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel en date du 29 janvier 1890, un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Reims s'ouvrira le 10 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Nancy.

Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes.

Internes titulaires. — 1. Michel, Pescher, Souligoux, Baillet, Chibret, Teissier, Gautier, Delbet, Sabouraud, Deguéret. — 11. Baudron, Guitton, Dubrisay, Potier, Rousseau, Goujet, Thiercelin, Auscher, Morestin, Sottas. — 21. Barrié, Rancurel, Vassal, Perruchet, Boix, Damourette, Genouville, Cazin, Bonneau, Cautru. — 34. Pompidor, Veslin, Laurent Préfontaine, Wassilieff, Tollmer, Artus, Vaillon, Orillard, Le Moniel, Touchard. — 41. Jourdan, Lasserre, Guibert, Roussel, Dupasquier, Sorel, Morax, Malapert, Martin-Durr, Poivet.

Internes provisoires. — 1. Bernard (F.), Cazenave, Hulot, Potel, Collinet (E.), Binot (G.), Durante, Giresse, Jayle, Papillauet. — 11. Malherbe, Taurin, Diaz, Damoye, Londe, Petit, Collinet (P.), Dudefoy, Binaud, Lebon. — 21. Richerolle, Fort, Gervais de Rouville, Mayet, Walch, Maginaux, Huguenin, Jacquinot, Bernard (G.), Bernardbeig. — 31. Lepetit, Marie, Béchet, Maupaté, Frey, Manson, Trekaki, Bouchinet, Reymond, Haron. — 41. Chaborg, Guépin, Brésard, Mignot, Chaumont, Phulpin, Floersheim, Donnet, Michel-Dansac, Chaillou. — 51. Brunet, Emeris.

Association générale. — On a lu la circulaire ministérielle insérée dans notre numéro du 30 janvier dernier. Le Conseil général de l'Association des médecins de France, s'associant aux légitimes réclamations du corps médical, et désirant voir élever le tarif,

aujourd'hui dérisoire, des honoraires attribués aux médecins requis par la justice, a tenu vendredi dernier une séance extraordinaire pour délibérer sur cette question et seconder les efforts de nos confrères tendant à obtenir une réforme que l'opinion de tous réclame depuis longtemps.

— M. le docteur Hamy a été élu, le 24 janvier, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, par 27 voix contre 12 à M. le duc de la Trémoïlle et 3 à M. Dieulafoy.

Crémation. — Le nouveau four crématoire, mis en service le 12 août dernier au cimetière du Père-Lachaise, a, jusqu'au 31 décembre 1889, effectué 735 incinérations. Dans ce chiffre, les incinérations demandées par les familles ne s'élèvent qu'à 35. Il y a eu 483 destructions de bières contenant des débris d'hôpitaux et 217 incinérations d'embryons provenant des services de maternité. Le nouveau four, on le sait, est un appareil basé sur le système Siemens. Il présente sur l'ancien des avantages considérables. Le coût des opérations est beaucoup moindre en ce que le combustible est du coke au lieu d'être du bois. La dépense a diminué de 35 francs à 3 francs. De plus, la durée de la combustion du corps est notablement réduite. Avec l'ancien appareil, il fallait une heure trois quarts en moyenne pour réduire en cendres le corps d'un adulte. L'incinération varie le plus souvent aujourd'hui entre une heure et une heure un quart. On pense même — c'est ce qu'a dit M. Chassaing, conseiller municipal, dans son rapport sur la crémation — que l'opération pourra être faite plus tard en trois quarts d'heure. (*Progrès médical.*)

Nécrologie. — Nous avons appris avec un vif chagrin la mort de M. le docteur Paul-François Blachez, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, qui vient de succomber à une attaque d'hémorrhagie cérébrale le 27 janvier 1890, à l'âge de 62 ans.

Nommé interne des hôpitaux en 1853, il fut reçu docteur en 1858. Le titre de sa thèse est :

« Etude sur la dothiénentérie » (considérations sur les troubles fonctionnels du foie dans cette affection).

Sa thèse d'agrégation a pour titre : « la stéatose ».

Il publia une édition du « Traité du diagnostic » de Racle (Paris, 1868). Il a en outre collaboré au « Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales », où il a publié de nombreux articles, et à la *Gazette hebdomadaire*.

La plupart de ses travaux ont trait aux maladies des voies respiratoires, aux maladies du cœur ou à l'hygiène.

— M. le docteur Villeneuve, ancien député de la Seine, l'un des trois frères Villeneuve qui se firent remarquer, sous l'empire, dans les rangs de l'opposition, vient de mourir.

— M. le docteur Legroux, agrégé de la Faculté, commencera ses conférences cliniques sur les maladies des enfants, le mercredi 5 février, à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau (salles Bouvier et Archambault), et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Les élèves seront, dans le cours des conférences, chargés d'examiner les malades, pour s'habituer aux difficultés de la clinique infantile.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Une localisation cérébrale,

Par le docteur Chavernac (d'Aix).

Il se présente, dans la pratique journalière de la médecine, des faits qui se détachent plus vivement que les autres du fond ordinaire de la science, mais qui sont trop peu nombreux pour être coordonnés et former la substance d'une dissertation étendue. Cependant ils sont assez dignes d'attention pour être recueillis. Quelque avancée que soit la science générale, l'importance et la rareté des cas morbides leur donnent toujours un titre suffisant pour être inscrits dans ses annales.

Cette raison seule m'encourage à publier les symptômes d'une maladie à marche rapide et funeste que je viens d'observer pour la première fois et que je ne trouve signalée dans aucun auteur moderne, surtout dans ceux qui se sont le plus occupés des localisations cérébrales.

Dans le courant du mois de juillet 1889, Marcelin Guibert, âgé de 69 ans, distributeur d'imprimés à Aix, se plaignit plusieurs fois de la tête; il éprouvait des bourdonnements d'oreilles. Il mit, de lui-même, une mouche de Milan aux apophyses mastoïdes et en ressentit un soulagement momentané. Il accusait, tous les jours, une fatigue générale et était toujours en transpiration.

Dans la nuit du 26 au 27 juillet, il fut pris, brusquement et sans cause appréciable, de diarrhée et de vomissements très abondants. Le matin, il dit à sa famille qu'il avait eu la cholérine toute la nuit.

Le 27, après avoir pris un bouillon, il alla en ville distribuer des lettres et rentra à deux heures, éreinté, inondé de sueur. Il prit un bouillon, du vin sucré et se coucha jusqu'à six heures. Il se leva pendant deux heures, mangea un œuf dur, et, durant toute la nuit, il fut encore en proie aux vomissements et à la diarrhée.

Le 28, Guibert se leva, prit du bouillon, des soupes de riz, et, pendant toute la journée, il eut des selles diarrhéiques, mais cette fois avec ténesme et matières glaireuses, malgré le bismuth que lui avait donné un pharmacien. Il allait souvent plonger les mains dans l'eau et se rafraîchir la tête.

La famille supposa qu'il avait eu une violente querelle, car il paraissait agité, il allait et venait dans ses appartements, parlait seul et marmottait entre ses dents.

Le 29, le malade se sentit plus fatigué, il éprouvait un malaise général, avec nausées et envie de vomir. On lui administra une purgation, qui amena des selles abondantes. A partir de ce moment, il ne quitta plus le lit; il fut très assoupi. Quand un de ses enfants l'appelait, il se réveillait en sursaut. Par moments, il divaguait; et on s'aperçut d'une certaine difficulté dans la parole, comme si la langue était liée.

Le 30, la scène changea; dans la journée la voix commença à être enrouée et le hoquet apparut sur le soir pour ne plus le quitter. Dans la nuit, le sommeil fut fréquemment interrompu et alors le malade prononçait des mots entrecoupés.

Le 31, la voix devint plus rauque, la langue plus embarrassée; les mots étaient mal articulés; la respiration devint fréquente at bruyante. Guibert se mit à tousser d'une toux sèche; la diarrhée réapparut plus forte que jamais, toujours avec ténesme et écume.

Sur le soir, la toux fut plus fréquente et la respiration encore plus saccadée. Chose digne de remarque, la langue, qui n'était pas libre dans ses mouvements, conservait la faculté gustative dans toute son intégrité; car le malade trouvait le bouillon excellent. Il était très altéré, et, en le faisant boire, on s'aperçut qu'il tenait la bouche toujours ouverte. Dans la nuit, on constata qu'il ne pouvait plus ouvrir l'œil gauche, la paupière supérieure ne se relevait plus, tandis que celle du côté droit était libre dans tous ses mouvements.

Le 1er août, Guibert, qui ne se plaignait plus de la tête, éprouvait à la base du diaphragme des douleurs en ceinture aggravées à chaque instant par les efforts de la toux devenue incessante. Il délirait par moments et la voix paraissait encore plus altérée. Quand on voulait le faire boire, il s'asseyait tout d'une pièce sur son lit, et on constata qu'il avait de la peine à porter la cuiller à la bouche. Il retombait comme une masse inerte.

Dans la soirée, il fut très assoupi et la respiration devint de plus en plus stertoreuse.

Comprenant l'aggravation du mal, la famille me fit appeler. Il était onze heures du soir.

En arrivant auprès du malade, je m'enquis très minutieusement des antécédents et on me raconta ce que je viens de dire.

Je posai quelques questions à Guibert; il y répondit avec beaucoup de difficulté comme s'il avait eu la bouche pleine de cailloux.

La figure était très injectée, immobile et sans expression. Le pouls était petit, fréquent et dépressible; la respiration accélérée, bruyante, stertoreuse. Le hoquet, qui n'avait pas discontinué, était incessant et fatigant. La toux avait cédé, elle n'avait plus l'opiniâtreté des jours précédents.

Je ne constatai point de déviation de la bouche ni de la langue. J'essayai de le faire siffler, mais il ne put rapprocher les lèvres que très difficilement sans parvenir au but.

A mon arrivée, Guibert était couché sur le côté droit. Lui ordonnant de se tourner de l'autre, il le fit tout d'une pièce, comme si la tête ne pouvait plus tourner sur elle-même et qu'elle fût soudée au corps par une tige rigide.

Le ptosis de l'œil gauche fixa particulièrement mon attention. Je relevai la paupière supérieure, et je mis la lampe en face de l'œil; la pupille se contracta vigoureusement; et, faisant alors regarder le malade dans tous les sens, je m'aperçus que cet œil ne pouvait gagner l'angle externe. L'œil droit ne présentait aucun symptôme pathologique.

Je fis manœuvrer tous les membres; leur motilité était absolument intacte. Je m'assurai de la sensibilité de la peau, il n'y avait trace d'anesthésie ni d'hyperesthésie en aucun endroit, pas de fourmillements, pas d'engourdissement des membres, ni douleurs dorsales, ni phénomènes convulsifs. La déglutition était très difficile.

L'auscultation ne me révéla aucun signe stéthoscopique ni dans les poumons, ni dans le cœur, seulement une suractivité fonctionnelle. J'ajoute qu'il n'y avait pas eu de frisson initial.

La gravité de la maladie m'apparut de suite et j'en fis part à la famille. Pour acquit de conscience, je prescrivis douze sangsues derrière les oreilles et des sinapismes renouvelés toutes les deux heures aux membres inférieurs, au cou et au creux de l'estomac.

Je sortis de cette visite en proie à la perplexité du diagnostic de cette affection, que j'observais pour la première fois.

Après mon départ, la situation s'aggrava de plus en plus. L'application des sangsues détermina des soubresauts musculaires; les sinapismes impatientèrent le malade. Le hoquet devint plus fréquent, la respiration de plus en plus embarrassée et tumultueuse; et bientôt une sueur profuse inonda tout le corps.

A trois heures du matin, la déglutition fut absolument impossible. A six heures, Guibert répondit encore à une question de son fils, et à huit heures il expira.

Voilà donc une maladie fébrile à évolution rapide qui, sans frisson initial, se manifeste au début par de la céphalalgie et des troubles auditifs, et successivement par des désordres gastro-intestinaux, respiratoires, cardiaques, laryngés, pharyngiens, oculaires, musculaires, et qui devient mortelle en peu de jours. En présence de quelle entité morbide nous trouvons-nous? Depuis un quart de siècle, je vois des malades et je n'ai pas souvenance d'avoir rencontré sa pareille, ni d'avoir lu une relation médicale qui s'en rapproche. Je ne lui trouve de ressemblance avec aucune des maladies habituelles de la pratique journalière. A défaut d'autopsie, je vais essayer, par une discussion raisonnée, d'établir le diagnostic sur des bases scientifiques.

Les organes atteints ne présentant aucune trace de lésion matérielle tangible, mais plutôt une perversion de leur innervation, c'est dans le cerveau qu'il faut aller chercher la cause du mal. La réunion de tous les symptômes exprime d'une manière évidente un désordre partiel des fonctions encéphaliques. Il s'agit donc de rechercher les points de la substance cérébrale qui ont été malades. Pour cela, il suffit de jeter un regard rétrospectif sur les organes affectés et d'aller jusqu'à la source même de leur innervation. L'étude des attributs physiologiques de leurs nerfs nous permettra de poser le diagnostic topographique.

Les phénomènes morbides observés chez notre malade témoignent que la plupart des nerfs crâniens, et les plus importants, ont subi une altération profonde à leur origine, car les organes qu'ils desservent ont fait tous les frais de la maladie. Or, les noyaux d'origine des nerfs crâniens, moins l'olfactif, sont échelonnés dans l'épaisseur du mésocéphale, depuis les tubercules quadrijumeaux jusqu'à l'extrémité inférieure du bulbe rachidien.

La protubérance, et surtout le bulbe, ont été atteints chez Guibert, et le nerf le plus important et le plus considérable de ceux qui sortent de cette région a été le plus grand fauteur des désordres pathologiques que nous essayons d'analyser et de comprendre.

Si nous considérons les symptômes dans leur ordre chronologique, nous voyons que les bourdonnements d'oreille ne peuvent être expliqués que par un trouble des nerfs auditifs.

Diarrhée, vomissements : troubles de la chylification et de la chymification, pneumogastrique malade.

La difficulté de la parole prouve que le laryngé inférieur remplissait mal ses fonctions; le malade était atteint d'aphasie partielle par défaut d'exécution; il parlait, mais on le comprenait difficilement, par suite du bredouillement ou du défaut d'articulation des sons. Il y avait *glosso-ataxie*, pour me servir de l'expression si heureuse du professeur Jaccoud, dont le travail remarquable, paru en 1864 dans la *Gazette hebdomadaire*, a servi de modèle à ceux qui sont venus après lui étudier ces questions si ardues.

Cette glosso-ataxie pourrait aussi témoigner que le grand hypoglosse était atteint dans son origine.

Par ses rameaux cardiaques, le pneumogastrique a exercé une certaine influence sur le cœur; mais cet organe, recevant une plus grande innervation du grand sympathique, n'a pas ressenti une perturbation plus considérable dans ses fonctions.

Du côté des organes pulmonaires, les désordres de l'innervation ont été plus accentués. Une toux fréquente, opiniâtre, sèche et saccadée avait épuisé les forces du malade et lui avait occasionné des douleurs en cein-

ture au niveau des attaches diaphragmatiques. Par son rameau pharyngien, le pneumogastrique a commencé à gêner la déglutition, qui est devenue absolument impossible par l'intervention du grand hypoglosse.

Les filets blancs d'origine du pneumogastrique et des autres nerfs crâniens qui se rendent aux couches optiques ne servent-ils pas à expliquer le subdélirium qui s'est emparé du malade dans les trois derniers jours? La perte de connaissance n'était pas complète; interpellé, le malade répondait aux questions d'une manière raisonnable.

En voulant faire retourner Guibert, couché sur le côté droit, je me suis aperçu qu'il tournait en bloc, tête et corps tout d'une pièce, d'où j'ai conclu que le sterno-mastoïdien et le trapèze du côté gauche ne se contractaient pas. Donc, le spinal était malade. Il avait aussi contribué aux désordres de la phonation et de la déglutition.

Il m'est difficile de préciser dans quelle mesure le glosso-pharyngien a participé à la lésion, car le malade a conservé assez longtemps la sensibilité gustative. Mais il est probable qu'au moment où la déglutition est devenue impossible, cette sensibilité, de son côté, a dû être profondément altérée.

Le facial a été lui-même intéressé. Ce nerf règle le jeu de la physionomie. Or, la figure du malade était immobile, sans expression, ni rides, ni contractures. Quand je lui ai demandé de siffler, il a rapproché les lèvres médiocrement sans pouvoir aller jusqu'au bout, ni faire sortir un son. L'orbiculaire des lèvres et les autres muscles des joues fonctionnaient mal. En outre, l'œil gauche ne pouvait presque pas s'ouvrir, tandis que les paupières droites manœuvraient librement; ce qui me prouve que l'orbiculaire des paupières, innervé par le facial, était frappé de paralysie.

Par l'éclairage direct, je vis nettement la pupille contractée. Il ne s'agissait donc pas d'une affection du nerf moteur oculaire commun, puisqu'il n'y avait pas dilatation pupillaire et que l'œil se mouvait dans tous les sens, excepté vers l'angle externe, où la cornée ne pouvait pas arriver. Ce dernier phénomène était évidemment imputable au moteur externe qui, par conséquent, a été compris dans la lésion.

Chose surprenante et en contradiction absolue avec tous les auteurs qui ont écrit sur les maladies de la moelle allongée, il n'y a eu chez notre malade ni paralysie, ni anesthésie, ni hyperesthésie des membres ; là-dessus, je suis très affirmatif, car j'ai fait manœuvrer les quatre membres, j'ai pincé en maints endroits et je me suis assuré que la motilité et la sensibilité étaient intactes. Je crois en trouver l'explication en disant que la maladie ne devait pas s'étendre au-dessous du nœud vital.

S'agit-il d'une myélite bulbaire simple? Je ne le crois pas pour deux raisons ; 1° parce que j'ai signalé des symptômes dans les organes qui puisent leur innervation dans la protubérance; 2° parce que la maladie, telle qu'elle s'est présentée à mon observation, diffère essentiellement de la myélite bulbaire décrite par les auteurs, Ollivier d'Angers, entre autres (1).

Dans mon cas, je crois, et la physiologie pathologique semble me donner raison, que la lésion qui a occasionné la mort de Guibert s'étendait du nœud vital jusque dans l'intérieur de la protubérance, et, pour sûr, elle ne remontait pas plus haut, puisque l'intelligence était restée intacte.

(1) Ollivier d'Angers : *Traité des maladies de la moelle épinière*, 3me édition. — Paris, 1837.

Voilà pourquoi je fais *post mortem* et par raisonnement le diagnostic : *mésocéphalite aiguë*, sans toutefois vouloir faire un néologisme.

D'ailleurs, le diagnostic topographique des maladies cérébrales est encore hérissé de difficultés ; il ne comporte pas, en l'état de la science, une précision rigoureuse et une possibilité irréfutable, surtout dans la région où nous sommes placés actuellement, car, dans le bulbe, se confondent et se fusionnent les éléments du cerveau et de la moelle épinière.

La lésion était-elle unie ou bilatérale ? Il est difficile de le dire. Cependant, le ptosis et la paralysie du droit externe gauche semblent indiquer un seul côté malade ; il est probable, en effet, que, si elle eût été bilatérale, la voix aurait été éteinte en plein, les paupières et les droits externes eussent été paralysés des deux côtés. Aucune raison ne s'oppose cependant à ce qu'elle fût unilatérale dans la protubérance, et bilatérale dans la moelle allongée.

Quoiqu'il en soit, l'effort principal de la maladie a porté sur l'endroit le plus important du bulbe, puisque la mort est survenue rapidement.

Cette question, dans l'espèce, est peu importante ; je crois, néanmoins, qu'au point de vue anatomo-pathologique et même clinique, elle gagnerait à être étudiée. Mais, n'ayant vu le malade qu'une fois, quelques heures avant la mort, et privé de l'autopsie, je n'ai pu l'étudier à fond et j'ai dû me contenter de conclure d'après les symptômes les plus évidents. L'autopsie eût été certainement le meilleur contrôle ; mais je ne la crois pas indispensable pour se faire une idée de cette affection insolite. Et si le malade eût guéri ? On n'aurait pas pu invoquer l'autorité de cette constatation anatomo-pathologique. Il aurait bien fallu s'en rapporter aux moyens fournis par la clinique.

L'étiologie est encore plus obscure. La maladie s'est développée sans cause appréciable. Je ne puis pas invoquer un refroidissement, nous étions à l'époque de la canicule. Tout ce que j'ai pu savoir de la famille, c'est la cause morale. On suppose que le malade avait éprouvé, quelques jours auparavant, un violent chagrin à la suite d'une perte d'argent qu'un de ses amis lui avait fait subir. Depuis, il parlait seul et paraissait en proie à une vive émotion. Guibert n'avait eu aucune maladie antérieure. Il était robuste, de taille moyenne et d'un tempérament très sanguin. Il avait été pendant trente ans aiguilleur au chemin de fer. On ne lui connaissait pas de maladie diathésique et il n'était pas alcoolique.

Je crois que, même prise au début, cette maladie aurait été rebelle à tous les remèdes connus. Contre ce genre d'affections, la thérapeutique a tout à apprendre ; les divers moyens employés contre des états pathologiques similaires n'ont donné que des résultats négatifs. L'art est désarmé.

Médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

Communication faite à la Société de médecine pratique dans sa séance du 30 janvier 1890.

Par le docteur P. Bouloumié.

Il me paraît bon de porter à votre connaissance les décisions qui ont été prises récemment au sujet de l'avancement des médecins et pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale et qui intéressent certainement un assez grand nombre de nos collègues.

En vertu du décret du 19 novembre 1889, portant règlement sur l'avancement des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, l'avancement à tous les grades de la hiérarchie, limité en temps de paix aux grades de major de 2e classe dans

la réserve et de principal de 2e classe dans l'armée territoriale, est donné exclusivement au choix.

Nul ne peut, en temps de paix, être proposé pour le grade de médecin-major de 2e classe s'il n'a subi avec succès un examen spécial portant sur des connaissances militaires et administratives dont le programme vient d'être fixé comme il suit par la note ministérielle en date du 28 novembre 1889 :

Loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée.

Loi du 24 juillet 1873 relative à l'organisation de l'armée.

Lois du 16 mars 1882 et 1er juillet 1889 sur l'administration de l'armée.

Loi du 19 mai 1836 sur l'état des officiers.

Décrets des 31 août 1878 et 3 février 1880 portant règlement sur l'état des officiers de réserve et de l'armée territoriale.

Décrets du 29 juin 1878 et 8 juin 1879 sur la composition et le fonctionnement des conseils d'enquête.

Note ministérielle du 20 juillet 1881 sur les conseils d'enquête des officiers de réserve ou de l'armée territoriale.

Décret du 19 décembre 1889 portant règlement sur l'avancement des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale.

Règlement sur le service de santé à l'intérieur, lois, décrets et notices annexés.

Règlement sur le service de santé en campagne, lois, décrets et notices annexés.

Décret du 28 décembre 1883 portant règlement sur le service intérieur des corps de troupe.

Décret du 28 décembre 1883 sur le service dans les places de guerre et les villes de garnison.

Notions sur la composition du personnel et du matériel des formations sanitaires de campagne (service régimentaire, ambulance, hôpitaux de campagne, hôpitaux de campagne et d'évacuation, trains sanitaires).

Cet examen sera subi devant un jury composé d'un médecin inspecteur, président, et et de deux médecins principaux. Il sera passé chaque année, au commencement des opérations de l'inspection générale du service de santé (c'est-à-dire à partir du mois de mai), aux chef-lieux de corps d'armée.

Les médecins aide-majors de 1re classe peuvent y prendre part, quelle que soit leur ancienneté dans leur grade; mais ils doivent faire parvenir, *avant le 1er mai*, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils résident, la demande de subir l'examen.

Un Code manuel des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, rédigé par le docteur Collin, médecin-major attaché au gouvernement de Paris, va paraître incessamment et facilitera grandement l'étude des lois et décrets sur lesquels portera en partie l'examen.

Il me paraît néanmoins difficile que les nombreuses questions portées au programme puissent être étudiées avec fruit sans que quelques explications soient données à l'occasion des lois, décrets et règlements; aussi, dans le but de permettre à mes confrères d'être prêts, en mai 1890, à subir l'examen désormais exigé, ai-je l'intention de faire, en mars-avril, un cours libre en huit leçons, qui comprendra :

a) Exposé général de l'organisation et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur et en campagne;

b) Commentaires des lois, décrets et règlements sur l'organisation générale de l'armée et l'organisation spéciale du service de santé;

c) Notions d'hygiène militaire, de maladies des armées, de blessures de guerre.

Ce cours serait fait les lundis et vendredis, à quatre heures et demie, 29, Chaussée-d'Antin, au siège de l'*Union des femmes de France*, à dater du lundi 17 mars.

Je prie ceux de nos collègues qui désireraient le suivre de vouloir bien m'en informer le plus tôt possible.

BIBLIOTHÈQUE

Musée de l'hôpital Saint-Louis. — *Catalogue des moulages coloriés*, dressé par les soins de M. le docteur Henri Feulard, chef de clinique de la Faculté. — G. Steinheil, 1889.

Tous les médecins qui ont suivi depuis quelques années l'enseignement de l'hôpital Saint-Louis savent avec quel dévouement désintéressé M. Henri Feulard s'est occupé d'y organiser une bibliothèque et combien il a secondé M. Lailler dans l'arrangement du musée pathologique. Cette admirable collection de modelages avec des pâtes colorées, qui reproduisent si fidèlement l'aspect des lésions cutanées les plus rares et ont porté si haut le renom de M. Baretta, était certes difficile à classer. Outre la collection générale faite par tous les médecins de l'hôpital, il y avait les collections particulières de MM. Fournier et Péan; en additionnant le nombre de pièces que représentent ces trois collections, 1,350 de la collection générale, 435 de la collection Fournier, 560 de la collection Péan, on arrive au total respectable de 2,345 moulages coloriés, « collection sans pareille dans aucun autre établissement scientifique du monde entier ». M. Feulard a donc fait œuvre aussi opportune qu'ingrate en la cataloguant.

Dans la préface du catalogue publié par notre laborieux collègue, on lira avec intérêt l'historique de la création du musée et de la bibliothèque; la modestie avec laquelle l'auteur fait allusion à la part qu'il y a prise n'étonnera pas ceux qui le connaissent.

Nous applaudissons une fois de plus à son esprit d'initiative et à sa persévérance, et nous engageons tous les médecins qui s'intéressent à la dermatologie à se procurer ce catalogue, qui leur rendra les services les plus signalés dans leurs visites à notre grande école de l'hôpital Saint-Louis. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 février. — Présidence de M. Moutard-Martin.

M. Proust communique le récit de l'évolution de la grippe sur le steamer le *Saint-Germain*. Le rôle de la contagion est évident.

— M. Devilliers, à propos du procès-verbal, insiste sur la mauvaise qualité du lait bouilli qui donne la diarrhée aux enfants.

— M. Périer présente un malade auquel il a fait l'ablation de l'omoplate avec conservation du bras pour un sarcome. Le membre est utile et le devient davantage de jour en jour.

— M. Budin lit un rapport sur l'*emploi des antiseptiques par les sages-femmes*. La commission était composée de MM. Guéniot, Brouardel, Nocard, Tarnier et Budin.

« M. Brouardel a insisté devant vous sur ce fait qu'il existe encore aujourd'hui des épidémies graves de fièvre puerpérale dans la clientèle de certaines sages-femmes. Il a eu l'occasion d'en connaître plusieurs l'année dernière : dans l'une, en particulier, survenue aux environs de Paris, douze femmes sont mortes en huit jours par la faute de l'accoucheuse.

« Il y a quelques années, M. Le Fort vous a rapporté une épidémie analogue qu'il avait observée en Sologne, épidémie n'existant que dans la clientèle d'une même sage-femme et ayant fait sept victimes dans divers villages.

« Dans le *Journal d'accouchements de Liège*, numéro du 15 mars 1888, on lit : « A la dernière séance de la Société médico-chirurgicale, M. le docteur Termonia a rapporté qu'une dizaine de cas de fièvre puerpérale, suivis de mort, s'étaient produits dernièrement dans la localité qu'il habite, et tous, sauf un, dans la clientèle de la même accoucheuse. Il n'y a pas bien longtemps que six décès, dus à la même cause, ont été enregistrés à Dison. »

M. Budin rapporte de nombreux exemples analogues, et continue de la façon suivante :

« Les découvertes modernes, faites à la suite des travaux de Pasteur, de Doléris, de Chauveau, de Fraenkel, d'Arloing, de Fritsch, d'Hartmann, de Czerniewski, de Doyen, de Widal et de tant d'autres, nous permettent de comprendre par quel mécanisme agissent ces sources d'infection.

« Aussi que de précautions faut-il prendre dans la pratique obstétricale de la ville et dans les services hospitaliers! Dans ces derniers, les sages-femmes, les élèves en médecine, les infirmières, les nourrices peuvent apporter l'infection. Les accouchées, dans la salle commune, doivent être dans un état de santé parfaite, sans aucune morbidité. Si la température s'élève un peu chez quelques femmes, s'il y a de la fétidité des lochies, on ne tarde pas, en général, à voir apparaître des frissons, des lymphangites du sein chez les mères, des ophthalmies, des inflammations péri-ombilicales chez les nouveau-nés. Toutes ces affections marchent habituellement de pair. Et, si quelques femmes sont souffrantes, les premières n'étant que peu atteintes, d'autres peuvent devenir rapidement plus malades; il semble qu'alors la virulence s'accroît en passant de l'une à l'autre.

Dès que les plus légers accidents surviennent, il faut donc redoubler d'attention et de précautions; par conséquent, il importe, dans les salles de femmes en couches, de supprimer non seulement la mortalité, mais encore toute morbidité. Il en doit être absolument de même pour les sages-femmes. Aussi faut-il s'efforcer de prendre les mesures nécessaires pour empêcher l'apparition de cas isolés dans la clientèle des accoucheuses, et, si un de ces cas existait, pour s'opposer au développement d'une épidémie.

M. Budin expose ensuite les mesures prises en France et à l'étranger pour empêcher la propagation de l'infection puerpérale.

Il recherche ensuite l'antiseptique qu'il faut prendre, car, « de tous côtés, on s'efforce de supprimer les causes d'infection, de faire disparaître les épidémies de fièvre puerpérale dans la pratique des sages-femmes, et, pour cela, on a recours aux antiseptiques.

« On a parlé d'employer l'eau bouillie; mais si, dans les cas simples, lorsque les sages-femmes se lavent les mains, les avant-bras et se nettoient les ongles avec le plus grand soin, l'eau bouillie peut suffire, elle ne saurait détruire les germes qui, mis en contact avec les organes génitaux plus ou moins lésés, déterminent l'apparition des accidents puerpéraux.

« La prudence veut donc qu'on y renonce.

« Votre commission, considérant l'eau bouillie comme impuissante à empêcher la propagation de l'infection, se trouve unanime pour répondre à M. le ministre : oui, on peut autoriser les sages-femmes à prescrire les antiseptiques.

« Mais les antiseptiques sont nombreux, et vouloir demander aux accoucheuses qu'elles conaissent plusieurs méthodes serait évidemment trop. « Beaucoup de sages-femmes, a dit en effet Fischel, considèrent l'antisepsie comme un tracas inutile. » Il importe, par conséquent, de simplifier le plus possible. C'est pourquoi votre commission propose de ne permettre aux sages-femmes que l'emploi d'un seul antiseptique.

« Il faut que cet antiseptique soit réellement efficace et qu'il n'expose pas trop les sages-femmes aux intoxications et aux cautérisations; il faut qu'il coûte bon marché et qu'il puisse être aisément conservé et transporté. »

Le rapporteur examine successivement l'acide borique, la créoline, le naphtol, l'acide phénique et enfin le sublimé, en faveur duquel il conclut en donnant les résultats excellents que l'on obtient par son emploi.

« Mais on fait à l'emploi du sublimé une grosse objection : A certaines doses, dit-on, il est toxique, et il peut déterminer l'empoisonnement des malades ; il peut même, des erreurs étant commises, être une source d'accidents pour l'entourage des femmes en couches.

« On a beaucoup accusé le sublimé ; évidemment quelques malades paraissent très susceptibles à l'action de ce médicament, mais, en réalité, les intoxications ne sont pas fréquentes. J'ai, pour ma part, employé le sublimé depuis 1882, j'y ai eu presque exclu-

sivement recours dans mon service d'hôpital et dans ma pratique de la ville ; c'est à peine si, à de longs intervalles, j'ai noté un peu de gingivite ou d'érythème, et cependant, au début, je ne faisais usage que de solutions à 1 pour 1.000.

« En relevant avec grand soin les cas de mort par intoxication qui ont été publiés depuis que M. Tarnier a conseillé l'usage du sublimé en obstétrique, c'est-à-dire depuis plus de huit ans, nous sommes arrivé à un total de seize cas, et encore quelques-uns d'entre eux paraissent-ils fort discutables. Quatorze fois des injections intra-utérines avaient été faites plus ou moins abondantes et avec des solutions variant entre 1 pour 1.000 et 1 pour 2.000 ; deux fois seulement, on n'avait pas fait d'injections intra-utérines ; mais, comme il existait une déchirure étendue du périnée, on avait eu recours à des irrigations de sublimé à 1 pour 1.000 pendant qu'on pratiquait la suture. L'existence d'une néphrite, une anémie profonde due à une hémorrhagie, ou la rétention du placenta dans la cavité utérine, avaient dans quelques cas favorisé l'intoxication.

« Or, il ne faut pas l'oublier, toutes les fois qu'il survient quelque chose d'anormal pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, toutes les fois qu'il y a de la fièvre après la parturition, la sage-femme doit prévenir un docteur qui intervient ou qui prend les précautions nécessaires pour empêcher les accidents de s'aggraver ; elle n'a donc jamais à recourir spontanément aux injections intra-utérines, et si elle en pratique, ce ne peut être que sous la direction et sous la responsabilité d'un médecin.

« Ajoutons enfin que, contrairement à ce qui a été observé pour l'acide phénique, les nouveau-nés supportent admirablement le sublimé. »

M. Budin pose les conclusions suivantes :

« M. le ministre de l'Intérieur ayant demandé à l'Académie « s'il ne conviendrait pas d'autoriser, par dérogation aux principes de l'ordonnance du 29 octobre 1846, les pharmaciens à vendre des substances antiseptiques aux sages-femmes pourvues d'un diplôme », votre commission vous propose de répondre :

Il est indispensable de permettre aux sages-femmes l'emploi de substances qui peuvent empêcher la propagation des maladies puerpérales.

Pour plus de simplicité, et pour éviter les erreurs, les sages-femmes ne devront recourir qu'à un seul antiseptique dont la dose sera toujours la même.

Il faut donc autoriser les pharmaciens à leur délivrer des paquets de sublimé ainsi composés :

Sublimé	25 centig.
Acide tartrique	1 gramme.
Rouge de Bordeaux	1 milligr.

Sur chaque paquet, qui, conformément à la loi, portera une étiquette rouge, seront écrits ou imprimés ces mots :

Sublimé : 25 centigrammes pour un litre d'eau (TOXIQUE).

En outre, comme il est nécessaire que les sages-femmes aient à leur disposition une substance antiseptique pour enduire les mains et les instruments, les pharmaciens pourront également leur donner des doses de 30 grammes de la vaseline au sublimé à 1 p. 100.

Ces paquets et cette vaseline au sublimé constituent donc les seules substances antiseptiques que les sages-femmes seront autorisées à prescrire ; les dangers d'intoxication sont ainsi tellement réduits qu'on peut les considérer comme à peu près nuls. Du reste, on parle souvent de ces dangers du bichlorure de mercure et on oublie trop ceux de la septicémie. On peut compter, vous l'avez vu, les cas d'empoisonnement attribués au sublimé ; en obstétrique, au contraire, le nombre des existences qui ont été conservées grâce à cet antiseptique est incalculable.

Votre commission a donc la ferme espérance que vous voudrez bien accepter ses conclusions.

Après quelques observations de MM. Jungfleisch, Worms, Laborde, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Gautier, en son nom et au nom de M. Mourgues, fait une lecture très importante sur les *alcaloïdes de l'huile de foie de morue.*

Elle agit par ses corps gras très facilement assimilables, grâce à leur acidité légère, à leur saponification partielle et à la dissolution dans l'huile d'une certaine quantité de matières biliaires qui en rendent l'émulsionnement extrêmement facile, surtout lorsqu'arrivent en présence les ferments du pancréas. C'est à peine si, dans l'acte digestif, ces ferments eux-mêmes ont à intervenir, car, agitée avec de l'eau ne contenant que des traces d'alcali ou de carbonates alcalins, cette huile s'émulsionne en une multitude de gouttelettes d'une extrême finesse, aptes à traverser les villosités intestinales.

Ces substances grasses, de digestion si facile, sont des agents protecteurs, des réserves propres à s'accumuler dans tels ou tels tissus et à être utilisés par l'économie. Ce serait un tort de croire qu'on pourrait les remplacer facilement par des graisses de compositions semblables en apparence, mais douées à un degré inférieur de la digestibilité, de l'assimilabilité des huiles de foie de morue.

Ces huiles agissent comme des réparateurs énergiques par leur richesse en phosphates, en acide phosphorique, en lécithine et en phosphore combiné à l'état organique.

La petite proportion de brome et d'iode que ces huiles renferment concourt sans doute aussi à cette action reconstitutive excitant l'assimilation, et d'autant mieux que ces métalloïdes existent dans ces huiles à l'état organique où ils se trouvaient dans les algues marines bromurées et iodurées qui ont servi de nourriture aux morues.

Enfin les huiles de foie de morues agissent par leurs alcaloïdes, dont un grand nombre, la butylamine, l'amylamine et surtout la morrhuine et l'acide morrhuïque excitent le système nerveux, accélèrent la dénutrition, accroissent considérablement les quantités d'urine et de sueurs excrétées et corrélativement augmentent l'appétit.

Les causes de l'efficacité des huiles de foie de morue se résument donc ainsi :

Augmentation sensible de l'appétit et des sécrétions rénales, sudorales et intestinales sous l'influence de ses alcaloïdes principaux; assimilation rapide des principes phosphorés présentés à l'économie sous la forme de lécithine et d'autres matières phosphorées organiques directement utilisables par les jeunes cellules; réparation puissante des réserves de calorification, grâce à l'absorption facile des corps gras associés à des matériaux biliaires qui en provoquent aisément l'émulsionnement et la saponification; enfin, spécificité d'action de petites quantités d'iode et de brôme que ces huiles contiennent sous la forme organique la plus propre à aider leur action excitante sur la nutrition, celle des alcaloïdes eux-mêmes.

Tels sont les éléments multiples, mais concordants, de l'action puissante que ce médicament exerce sur l'économie débilitée par des maladies de dégénérescence, telles que la scrofulose, la phthisie, la goutte, l'arthritisme et les autres diathèses qui, frappant la puissance assimilatrice et régénératrice, s'opposent à une réparation suffisante des tissus.

L'activité vitale a pour corrélation nécessaire une incessante désassimilation et, dans ces maladies à dénutrition rapide et à lente réparation, l'huile de foie de morue vient apporter, sous une forme très favorable, à la fois quelques-uns des éléments chimiques principaux de ces nouvelles formations organiques et l'excitant nécessaire à cette réparation. Les corps gras, à demi-émulsionnés, à demi-assimilés, fournissent la chaleur et l'énergie; le phosphore, à l'état organique ou semi-organique, concourt à la reproduction et à la revivification incessante des cellules; les alcaloïdes enfin vont exciter les centres qui président à tout fonctionnement vital.

FORMULAIRE

Pommade contre l'acné. — E. Besnier.

Acide salicylique		2 grammes.
Soufre précipité	ãã	50 —
Savon de potasse		

Mêlez. — Tous les soirs, pendant 8 jours, on applique ce mélange sur la peau, dans

le cas d'acné avec comédons. Au bout de 8 jours, on a recours à des lotions émollientes, et on remarque qu'un grand nombre de comédons ont été expulsés. — N. G.

COURRIER

BUREAU DE BIENFAISANCE DE PARIS. — *Liste des médecins admis au concours.* — Troisième arrondissement : MM. Cahn et Jarry. — Cinquième arrondissement : M. Planès. — Septième arrondissement : MM. Morin et Alix. — Dixième arrondissement : MM. Charles, Mathieu, Barbulée et Hénoque. — Douzième arrondissement : MM. Gourichon et Cornet. — Treizième arrondissement : MM. Carret, Cazeau, Vissaguet, Bourdet, Laurent, Pellegrin et Devoucoux. — Quatorzième arrondissement : M. Pichon. — Quinzième arrondissement : MM. de Pradel, Puech et Vinot. — Seizième arrondissement : MM. Barbe et Duprey. — Dix-huitième arrondissement : MM. Leflaive et Burill. — Dix-neuvième arrondissement : MM. Laurent, Lejaune, Thominet, Andrerey et Sarthis. — Vingtième arrondissement : M. Dufestel. (*Prog. médical.*)

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sur la demande d'un assez grand nombre de membres du conseil supérieur de l'Assistance publique, retenus soit par leurs occupations professionnelles auprès des malades atteints par l'épidémie régnante, soit victimes eux-mêmes de cette épidémie, M. le ministre de l'intérieur a fait signer un décret ajournant au mercredi 26 février la première session annuelle du conseil supérieur qui devait s'ouvrir le 29 janvier.

L'EAU A PARIS. — *Les sources de l'Avre.* — Les bureaux de la Chambre se sont réunis la semaine dernière pour nommer une commission chargée d'examiner le projet de loi tendant à déclarer d'utilité publique les travaux pour l'adduction à Paris des sources de l'Avre. Neuf commissaires sur onze seulement ont pu être élus; mais, dès maintenant, il y a une majorité favorable au projet de loi. Les membres favorables sont MM. Chautemps, Tony Révillon, Georges Berger, de Lanessan, députés de la Seine, et MM. Bourlier, Prevet et Montaut. Les membres opposés sont MM. Terrier et Paul Deschanel, députés d'Eure-et-Loir, le département auquel on veut emprunter les sources qui devront approvisionner Paris. Puis les troisième et dixième bureaux ont élu leurs deux autres représentants à la commission chargée d'examiner ce projet de loi. Ce sont MM. Armez et Mesureur. La commission est désormais complète. Elle comprend neuf membres favorables au projet et deux opposés seulement.

Cette commission a élu M. Montaut (Seine-et-Marne) président, et M. Terrier, secrétaire. La commission, considérant que la commission de la Chambre précédente avait fait une étude approfondie de la question qui avait abouti au dépôt du remarquable rapport de M. le docteur Gadaud, a décidé, séance tenante, d'adopter purement et simplement le projet de loi. La décision a été prise à l'unanimité moins une voix. M. Georges Berger a été nommé rapporteur. Il déposera son rapport à bref délai. (*Prog. méd.*)

L'UNIVERSITÉ DE PARIS EN 1889. — Le Conseil général des Facultés et Écoles de pharmacie de Paris a tenu, récemment, sa séance mensuelle sous la présidence de M. Gréard. Sur la proposition de son président, il a décidé qu'il serait fait hommage du cartulaire de l'Université de Paris aux principales Universités étrangères. Un certain nombre d'exemplaires de ce document sera mis en vente au prix de 30 francs le volume.

Les pouvoirs du doyen de la Faculté de médecine étant expirés, le Conseil général après la Faculté intéressée a présenté à l'unanimité moins un bulletin blanc, pour les fonctions de doyen, M. Brouardel en première ligne, M. Jaccoud en seconde ligne.

Il a voté ensuite un vœu en faveur du maintien dans la même Faculté de deux chaires devenues vacantes, celle de pathologie interne et celle de clinique chirurgicale.

M. le doyen Himly a donné ensuite lecture du rapport annuel sur la bibliothèque universitaire. Le mouvement des livres à la Faculté de médecine dépasse 250,000. M. Darboux donne encore connaissance du rapport d'ensemble adressé au ministre sur les travaux du Conseil général. Nous ne relèverons qu'un chiffre, celui des étudiants de l'U-

niversité de Paris. Il s'élève à 10,375 contre 10,320 l'année dernière. Il n'y a pas au monde d'Université plus peuplée. Enfin, le Conseil général a décidé qu'une commission sera nommée pour étudier les voies et moyens d'arriver à la constitution officielle de l'Université de Paris. (*Prog. méd.*)

— M. le docteur Abadie (Jean-Baptiste) est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Mirande.

A quoi pense un millionnaire? — M. Andrew Carnegie, écossais et millionnaire (c'est une profession comme une autre!) se demande, dans un article à sensation de la *North Américan Review*, ce qu'il doit faire de ses millions pour ne pas être banal et être vraiment utile à ses compatriotes. Passant en revue les diverses manières qui se présentent à son esprit de dépenser son immense fortune, après avoir mis hors cause la charité privée, qu'il a raison de considérer comme un plaisir égoïste et un élément de démoralisation, il inscrit en première ligne la fondation d'une grande école ou Université, dotée d'un revenu suffisant pour assurer son existence, ou d'un observatoire comme celui de Lick, pourvu des instruments les plus perfectionnés, ou d'une bibliothèque publique et gratuite. Immédiatement après les bibliothèques publiques, dans cette sorte de hiérarchie philantropique, viennent pour lui les hôpitaux, les laboratoires, officines et dispensaires. C'est ainsi que M. Vanderbilt a fort sagement fondé à Columbia College, au prix de deux millions et demi de francs, un cabinet de chimie pour l'étude des maladies contagieuses. De son côté, M. Osborne a eu l'heureuse idée d'établir à Bellevue College une école pratique de garde-malades. M. Carnegie constate même, à ce propos qu'un sénateur des Etats-Unis et un médecin illustre ont tous deux pris femme parmi les élèves de cette école.

Si tous les millionnaires français pensaient ainsi, la France serait le plus beau des pays. En tous cas, c'est certainement un exemple à suivre..., quand on le peut (M. B.)

(*Prog. méd.*)

— La bibliothèque du regretté docteur Decaisne, qui fut pendant de longues années rédacteur scientifique du journal *la France* et de la *Gazette médicale de Paris*, sera mise en vente le lundi 3 mars et les deux jours suivants, par les soins de MM. J. Baillière et fils (19, rue Hautefeuille, à Paris). Le catalogue renferme de nombreux articles sur l'histoire de la médecine, les curiosités médicales, l'hygiène, et la ville de Paris. Il sera adressé gratuitement et franco à toute personne qui en fera la demande.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Andrieu (de Paris); Bertault (de Châlon-sur-Saône); le professeur Cauvet (de Lyon); Delarbre (du Chambon); E. Destrez (de Fraillicourt); L.-F. Dufour, médecin principal de 2e classe; Gautier (de Mamers); J. Niverd (de Neufchâtel).

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 février 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Duroziez : Rapport sur le concours du prix Duparque. — 2. M. Rougon : Examen rétrospectif de l'épidémie de Paris de 1828 : Maladie innominée de Genest; érythème épidémique; — acrodynie de Chardon. — 3. M. Abadie : Prophylaxie de la tuberculose.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

PHTHISIE. L'émulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Traité de médecine.*)

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr Papillaud. — Anémie, chlorose, etc.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'épidémie de grippe est à peu près terminée, mais non les travaux scientifiques qu'elle a suscités. De tous côtés il en surgit, en France et à l'étranger, et ce ne sera pas une mince besogne pour les bibliographes de l'avenir d'en dresser la liste par ordre méthodique. A plus forte raison, l'exposé dogmatique de cette épidémie, d'après ces travaux publiés, sera-t-il une œuvre difficile et délicate, mais non sans intérêt.

Parmi les points les plus curieux de cette étude, on peut prévoir que ceux qui sont relatifs à l'étiologie de la maladie et de ses complications viendront en première ligne. Tout le monde est à peu près d'accord aujourd'hui pour admettre que divers microbes se sont coalisés pour déterminer les accidents qui ont si fort dérouté les médecins les plus éminents, depuis le commencement de l'épidémie, et leur étonnement n'est pas encore sur le point de cesser; il paraît, en effet, que des accidents nerveux consécutifs à l'influenza, et des plus graves, se manifestent chez certains malades, chez lesquels ils vont jusqu'à déterminer la paralysie des quatre membres, comme Henoch et Remak en ont cité des exemples à la Société de médecine de Berlin.

FEUILLETON

CAUSERIE

Vous connaissez le proverbe, chers lecteurs : « Tout vient à point à qui sait attendre ». Vous avez su attendre, et alors cela va vous arriver. « Quoi, cela, me demandez-vous? »

Dans le numéro du mardi 29 novembre dernier, vous avez lu un court travail de M. John A. Lanigan sur l'*Ebriété de la joie subite* qui a dû certainement vous intéresser. L'auteur ne savait comment expliquer cette production de l'ivresse, ou de phénomènes absolument semblables à ceux de l'ivresse, à la suite d'une joie excessive et il se demandait s'il n'y avait pas une cause prédisposante. « La question qui se présente, disait-il, est celle-ci : Le passage subit d'un état de l'esprit à un état différent peut-il produire un tel enchaînement de phénomènes, sans que le sujet présente d'ailleurs une condition pathologique, ou bien est-il nécessaire qu'il existe au préalable une maladie dans un des organes? » Les observations qu'il a rapportées n'étaient pas assez détaillées pour permettre de répondre à l'une ou l'autre de ces questions, mais M. Ritti nous en a fait connaître d'autres qui sont plus explicites.

La première en date est celle qui a été publiée par Crichton Browne sous le titre d' « intoxication psychique ». Il s'agit d'un jeune homme qui, après une longue série d'infortunes et de revers, apprit tout à coup par le télégraphe la nouvelle d'un héritage qui le

En attendant que l'enquête sur cette bizarre épidémie soit terminée, signalons les importantes communications de M. Bouchard sur le rôle des infections secondaires dans la grippe et de M. Proust sur la contagion de cette maladie.

Les sages-femmes auront-elles enfin le droit, comme elles en ont le devoir, de se servir de solutions antiseptiques dans la pratique des accouchements? Cette importante réforme, réclamée par tous au nom des progrès de la science, sera-t-elle enfin accomplie en France? La lecture du rapport que M. Budin vient de présenter à l'Académie nous permet de l'espérer.

Ce rapport, basé sur des faits nombreux, démontre d'abord que les sages-femmes, ignorantes des préceptes de l'antisepsie, sont extrêmement nuisibles aux parturientes, qu'elles les empoisonnent en transportant de l'une à l'autre des germes d'infection puerpérale, soit sur leur doigt, soit sur divers instruments, en particulier les canules vaginales. Par contre, les services hospitaliers dans lesquels les précautions antiseptiques sont prises minutieusement, sont à l'abri de ces redoutables complications; donc, il est nécessaire de permettre aux sages-femmes de les prendre. Enfin, les gouvernements étrangers, en Angleterre, Allemagne, Italie, etc., convaincus de l'utilité de ces mesures, les ont imposées aux sages-femmes dans des règlements sévères qui leur sont rigoureusement appliqués en cas d'infraction. Fera-t-on moins chez nous?

Étant admise la nécessité d'avoir recours aux antiseptiques dans la pratique obstétricale, il fallait trouver une substance et un mode d'emploi qui réduisissent au minimum le danger de laisser entre des mains peu instruites des antiseptiques toxiques. La formule donnée par M. Budin, après de nombreuses expériences faites par les membres de la commission à laquelle il appartient, nous paraît répondre à tous les désirs; elle est suffisamment antiseptique, et le paquet qui contient la substance, entouré de précautions suffisantes pour mettre les personnes qui devront s'en servir à l'abri de toute menace d'accident.

Faut-il encore augmenter ces précautions? Donner à la solution une cou-

---

mettait dans une aisance relative. Après un instant de surprise et de dépression, il s'exalta, s'excita même au point qu'il ne pouvait rester assis ni se retenir de rire, de marcher et de s'agiter dans sa chambre. Cette excitation ne fit que s'accroître pendant une promenade en plein air, il fut comme étourdi, perdait la direction de ses idées et fut pris d'une hilarité extraordinaire. Peu à peu, cet état prit tous les caractères d'une intoxication alcoolique aiguë : loquacité incohérente, gestes désordonnés, obstination de l'homme ivre, face congestionnée, tête chaude, traits animés, yeux injectés, etc. Sept heures après le commencement de l'attaque, vomissements, et le calme se rétablit; enfin, sommeil d'une durée de sept heures, d'où le malade sortit, le lendemain, tranquille et raisonnable, mais souffrant de nausées, de mal de tête et d'une grande prostration.

Après une légère rechute de courte durée dans la journée, la santé habituelle fut complètement récupérée.

A ce fait, isolé dans la science, et que nous trouvons reproduit dans un mémoire de M. Ch. Féré (*L'ivresse émotionnelle*, in *Revue de médecine*, numéro de décembre 1888), ce savant confrère en ajoute un autre observé par lui et qui n'est pas moins caractéristique. Il s'agit d'un dessinateur, âgé de 32 ans, d'un tempérament névropathique très prononcé, qui reçut un beau matin, pendant qu'il s'habillait, une lettre lui annonçant qu'il avait obtenu une situation honorable et rénumératrice qu'il avait cessé d'espérer. Aussitôt la lecture de la lettre achevée, il fut pris d'exaltation, parlant avec volubilité, donnant à tous ceux qui l'entouraient des marques de tendresse; son langage et ses gestes devin-

leur bleue au lieu de la couleur rouge, comme le demande M. Jungfleisch, un goût amer, comme le voudrait M. Worms, y ajouter une substance émétique pour provoquer les vomissemeuts en cas d'ingestion, comme le propose M. Laborde? Tout cela est possible, et, en somme, peu coûteux. Mais l'essentiel est d'admettre le principe de l'antisepsie obstétricale telle que la demande M. Budin et comme l'Académie paraît heureusement disposée à l'accorder. Espérons que la discussion sera courte, et que... mais ne récriminons pas. — L.-H. P.

Les micro-organismes pulmonaires.

Le professeur G. Sée expose dans les termes suivants l'état de nos connaissances sur la bactériologie des pneumonies et des bronchites :

L'histoire des micro-organismes pulmonaires, sur lesquels M. Bordas, du laboratoire d'hygiène de la Faculté, a fait des recherches micro-biologiques distinguées, peut être divisée en trois phases.

Dans une première phase, qui a passé inaperçue parce qu'elle ne semblait pas s'appliquer au poumon, il est question de *micrococci*, que Pasteur a trouvés dans la salive d'un enfant enragé, que Sternberg constata dans la salive d'individus sains et que Frænkel retira de ce liquide et, le transportant sur le lapin, obtint une maladie infectieuse aiguë

Tout ceci était oublié lorsqu'en novembre 1883 Friedlænder découvrit, dans le tissu du poumon atteint de pneumonie, des microcoques formés par des cellules arrondies, entourés d'une enveloppe ou zone plus claire, d'une capsule. Mais cette capsule étant loin d'être constante et spéciale à ce microbe, celui-ci ne peut pas être considéré comme la caractéristique, ni comme la cause de la pneumonie.

Cette découverte resta fruste ; car deux ans après, Weichselbaum (de Vienne), voulant la vérifier sur une grande étendue, c'est-à-dire sur cent deux cas de pneumonies vraies, ne constata le microbe de Friedlænder que dans cinq pour cent des cas. Le véritable micro-organisme de la peumonie fut découvert presque le même jour que celui de Friedlænder par mon chef de clinique, M. Talamon. Il examina dans ma clinique plusieurs pneumoniques; en piquant le poumon immédiatement après la mort à l'aide

---

rent incohérents; il se sauva de chez lui à demi vêtu et on eut beaucoup de peine à le ramener dans sa chambre. Au bout de plus de deux heures d'excitation, il se mit tout à coup à trembler de tout son corps, puis s'affaissa. Quand on le releva, on remarqua un air d'hébétude et le mutisme le plus complet. Cet état se dissipa après un sommeil ininterrompu de près de dix-neuf heures; il ne persista pendant quelques jours encore que de la faiblesse des jambes.

Ces deux observations, d'après M. Ritti, permettent de répondre aux questions posées par M. Lanigan; dans les deux cas, il s'agit d'individus neurasthéniques, dont les antécédents héréditaires, nerveux ou mentaux, ne laissent aucun doute sur la prédisposition spéciale.

*
* *

M. Ritti, dont les *chroniques* dans les *Annales médico-psychologiques* sont toujours si instructives, nous rappelle aujourd'hui que l'aptitude des idiots pour la musique a été constatée depuis longtemps. J'espère bien qu'il n'y a pas que les idiots pour posséder cette aptitude, car enfin.... je ne me crois pas idiot. Passons et revenons aux anecdotes de M. Ritti.

D'après Esquirol, presque tous les idiots, même ceux qui sont privés de la parole, chantent et retiennent des airs. L'illustre aliéniste, dans une des nombreuses observations dont il a semé son article sur l'idiotie, rappelle une scène intéressante non seulement au point de vue médical, mais aussi pour le rôle qu'y a joué un musicien qui a acquis depuis une grande célébrité.

d'une seringue de Pravaz, il trouva dans le liquide pulmonaire des *coccus* analogues à des grains de blé qui étaient dépourvus de capsules; à l'aide de ce liquide, il fit des cultures qui réussirent et permirent, étant injectées aux souris ou aux cobayes, de provoquer, c'est-à-dire de produire une véritable pneumonie.

Une double confirmation du travail de Talamon et de celui de M. Pasteur fut révélée, en troisième ligne, par Frænkel en 1886. Il rencontra dans les crachats de l'inflammation pulmonaire des micro-organismes pathologiques, identiques avec ceux de la salive; c'étaient des *diplococci* ovalaires souvent disposés par séries, par chaînettes de cinq à six éléments. Ces microbes sont anaérobies, ils vivent sans air et sont très influencés par la température; au-dessous de 24° et au-dessus de 42 degrés, ils ne peuvent pas se développer.

A l'Institut Pasteur, tous ces faits furent vérifiés par Gamaleïa, qui reconnut que le pneumocoque certain est celui trouvé à la clinique de l'Hôtel-Dieu. On a décrit aussi d'autres microbes, entr'autres les *Streptococcus pyogenes* ou érysipélateux; mais il ne se rapporte pas à la pneumonie fibrineuse.

Voici maintenant ce que nous avons constaté avec M. Bordas. Le pneumocoque vrai s'est rencontré dans tous les cas de pneumonie terminés par la mort; nous l'avons nettement constaté aussi dans le liquide de l'*oreille enflammée à la suite de l'influenza.* — Le sang n'en contient pas de traces, mais la rate le contenait souvent.

Au Val-de-Grâce, on vient de constater, dans ces derniers jours, et en même temps à la clinique de Bonn, une autre espèce de microbes, les streptocoques, qui semblent caractériser les bronchites et broncho-pneumonies de la grippe, mais pas les pneumonies vraies, qui sont d'une extrême gravité et ressemblent entièrement aux pneumonies ordinaires sporadiques; elles n'en diffèrent que par leur perniciosité, c'est-à-dire par la multiplication du *pneumococcus* dans le reste de l'organisme, tandis qu'il reste limité au poumon dans les cas réguliers et non épidémiques de la pneumonie. La maladie est donc partout la même; elle est toujours infectieuse et souvent infectante ou généralisée; *souvent* alors elle devient *contagieuse* et se transmet dans la même maison, dans la même famille d'un individu à l'autre. Au résumé, les bronchites grippales *semblent* être caractérisées par les *streptococci*, les pneumonies par le *pneumococcus*; les unes et les autres par des microbes dont l'air de l'influenza épidémique et non contagieuse excite le développement et la prolifération dans les organes respiratoires. (*Le Temps*, 29 janvier.)

L'observation, rapportée dans son livre *Des maladies mentales*, Paris 1838, t. II, p. 87, est celle de la nommée Quéneau, idiote âgée de 62 ans, qui ne possédait qu'un langage articulé primitif, mais avait une singulière capacité musicale, comme le prouve ce qui suit :

« Le 20 août 1833, M. Liszt (il avait alors 22 ans), sur l'invitation de Leuret, voulut bien se prêter aux expériences suivantes, qui furent faites, M. le docteur Mitivié présent, dans le cabinet de M. Pariset, médecin de la division des aliénés de la Salpêtrière. M. Liszt improvise plusieurs airs, Quéneau les saisit; mais, éprouvant de la difficulté à les répéter, sa voix ne pouvant s'élever au ton sur lequel a chanté le célèbre musicien, les traits de cette fille expriment l'effort de la contrariété; M. Liszt touche du piano, Quéneau est immobile, les yeux attentifs sur les doigts du grand artiste, ou bien elle entre dans une sorte de mouvement convulsif, se tord en divers sens, mord ses poings, frappe du pied, lève les yeux au ciel et fait des efforts pour se mettre à l'unisson. Le passage des sons graves aux sons aigus provoque une contraction soudaine de tous les muscles de Quéneau, comme si elle était atteinte par une décharge électrique. Cette dernière expérience, renouvelée plus de vingt fois, a toujours eu le même résultat.

« M. le docteur Leuret entraîne Quéneau hors du cabinet et lui montre des abricots.

« Aussitôt M. Liszt touche du piano, Quéneau se retourne vivement, et tout le temps que l'instrument se fait entendre, son regard est fixé sur le musicien, et elle revient aux abricots dès que la musique a cessé ».

BIBLIOTHÈQUE

TRAITEMENT ÉLÉMENTAIRE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES, par M. le docteur E. DESNOS. Paris, O. Doin, 1890.

Un livre de ce genre, présenté au public médical par M. le professeur Guyon, qui a bien voulu écrire pour lui une Préface, pourrait se passer de notre recommandation. Nous voulons cependant dire à nos lecteurs, après l'avoir parcouru avec attention, que c'est un excellent résumé de nos connaissances actuelles sur les maladies des voies urinaires. Elève de M. Guyon, adonné à la pratique de ces affections depuis plusieurs années, les ayant donc étudiées théoriquement et cliniquement, sous une excellente direction, M. Desnos était dans d'excellentes conditions pour exposer aussi convenablement que possible les progrès accomplis dans ces dernières années, non seulement en France, mais encore à l'étranger, dans cette spécialité.

Et la tâche n'était pas facile; car on sait si cette question a fait de grands progrès depuis quinze ans, pour ne pas remonter au delà, et si l'on a écrit sur elle en toutes langues. Il fallait donc faire un choix dans toutes ces publications et éviter toute discussion qui aurait pris trop de place. Aussi M. Desnos a-t-il passé brièvement sur la partie théorique et insisté plus volontiers sur le côté pratique du sujet; il a dû se borner aussi à ne mentionner que les procédés et méthodes les plus usuels, en particulier ceux qui sont employés à l'hôpital Necker. C'est donc surtout la pratique adoptée par M. Guyon dans le diagnostic et le traitement des maladies des voies urinaires que l'on trouvera dans ce livre, et l'on sait avec quelle compétence notre éminent maître a pu traiter ces questions. Les éloges qu'il a donnés à son élève dans sa Préface sont la meilleure preuve que celui-ci a accompli dignement la tâche qu'il s'était imposée. — L.-H. PETIT.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 janvier 1890. — Présidence de M. ABADIE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

* * *

Le massage, qui, je me hâte de le reconnaître, a du bon et est pratiqué journellement par des confrères du plus grand mérite et d'une honnêteté parfaite, est poussé par les charlatans à un tel abus que les Américains eux-mêmes en sont arrivés à les mettre à l'index. Et, cependant, vous savez si les Américains sont d'ordinaire gens à s'indigner des licences prises par les diverses sectes médicales qui fleurissent aux Etats-Unis!

Notre confrère Paracelse, qui feuilletonne dans la *Clinique médicale* de Bruxelles, a exposé la question d'une manière humouristique tout à fait réjouissante. Parions que ses plaisanteries feront plus pour démolir l'abus en question que les articles furibonds de la presse américaine.

Maintenant qu'il devient de plus en plus difficile, dit Paracelse, d'exercer la médecine, et que la précision devient une qualité de plus en plus indispensable, des gens qui ont véritablement de la chance, ce sont les masseurs! Voilà des gaillards qui disposent d'une foule de moyens thérapeutiques qui dépassent les nôtres de cent coudées! Il suffit d'avoir la main légère et le biceps bien développé pour accomplir des prodiges, car, en réalité, je ne connais pas au monde une affection qui résiste aux savantes manipulations de ces heureux confrères.

Je vous dit que tout est justiciable de la méthode! Elle a même ce résultat bizarre de produire à volonté des résultats différents; il suffit pour cela de savoir utilement mettre

La *correspondance imprimée* comprend les journaux et revues de la quinzaine; — le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat* (1888-89).

La *correspondance manuscrite* se compose d'une lettre de la famille du docteur Blondeau, remerciant la Société et, en particulier, M. le président Perrin, de la part qu'elle a prise à son deuil.

— MM. Dobieszewski et Nicolas, membres correspondants, assistent à la séance. M. Nicolas a obtenu une mention de l'Académie des sciences pour son livre intitulé : *Chantiers et terrassements en pays paludéens.*

— M. le Président : Je suis heureux de vous apprendre la haute distinction dont notre éminent confrère M. le docteur Christian vient d'être l'objet.

L'Académie royale de médecine de Belgique a partagé le grand prix de 8,000 francs, qu'elle destinait au meilleur mémoire sur l'*épilepsie*, entre M. le docteur Christian et un confrère américain.

Nous serons tous enchantés que M. Christian ait obtenu cette haute récompense, mais nous n'en serons nullement surpris, car, à chaque instant, nous avons l'occasion d'apprécier l'esprit net, le jugement droit et la grande érudition de notre si dévoué secrétaire général, dont la modestie égale le mérite.

M. Christian remercie, en termes émus, ses collègues de leurs témoignages de sympathie, si flatteurs pour lui, mais il ne croit pas mériter tous les éloges que veut bien lui adresser M. le Président; il s'efforcera toujours de mettre son dévouement à la Société à la hauteur de la confiance qu'elle lui témoigne.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la grippe.

M. de Beauvais : A l'occasion de ma communication sur la marche de la grippe, à Mazas, notre président a émis l'opinion qu'il serait intéressant de savoir comment cette épidémie s'était comportée dans les autres prisons. Je me suis livré à une enquête sommaire, dont je viens vous rendre compte en quelques mots, sous toutes réserves.

A la prison de la Roquette, M. le docteur Ballue, sur un nombre de 300 détenus environ, a eu une cinquantaine de malades, dont plusieurs gravement atteints; aucun décès n'a eu lieu.

Aux Jeunes-Détenus, notre excellent collègue M. Motet a eu de nombreux et graves malades. Il n'en a perdu aucun. Là, le système cellulaire est aussi appliqué. — A Sainte-Pélagie, prison en commun, composée de vieux bâtiments, en mauvais état, la grippe a

---

en œuvre le frottement et le frottage, le pétrissement et le pétrissage, le roulement et le roulage, le tapottement et le tapottage.

On tape sur les gros pour les faire maigrir; on tapote sur les maigres pour les faire grossir.

Le massage guérit l'obésité et le massage fait pousser aux dames des seins que le lait Mamilla lui-même eût été incapable de produire.

Le massage fait disparaître les kystes de l'ovaire et ceux de la paupière.

Le massage guérit aussi bien l'incontinence que la rétention d'urine.

Le massage guérit les adénites, les métrites, les uréthrites, les névrites et les proctites.

Il procure des selles aux constipés et arrête le dévoiement des foireux.

J'ai même lu dans un auteur que le massage non seulement donnait de brillants résultats dans les affections chroniques, mais n'était pas sans vertu dans beaucoup de maladies aiguës, dans le rhumatisme articulaire, par exemple. On avait soin d'ajouter, d'ailleurs, qu'il fallait, pour se permettre une telle pratique, être doué d'une extrême habileté.

Je le crois sans peine, et j'avoue que toute l'affection que je porte à certains de mes confrères, dont la compétence m'est connue, ne saurait jamais me décider à recourir à leurs bienveillants services dans ce cas là.

En réalité, je ne connais pas une branche de notre art où le masseur ne prétende pouvoir ntervenir utilement. Un Allemand a même découvert que le massage favorisait l'érection ! A la vérité, nous nous en étions toujours douté ! Je crois même que le procédé a été

sévi fortement; je n'ai pas de renseignements numériques à vous donner. — A Saint-Lazare, dans la section des prévenues et des jugées, sur une population de 300 personnes, il y a eu 48 malades dans le service de M. Le Pileur. Pas de décès. Le personnel des religieuses, des surveillants et des bureaux a été rudement éprouvé, comme à Mazas. Les vénériennes, m'a dit M. Le Blond, ont été relativement épargnées. Je ferai cette remarque que déjà, dans les épidémies de choléra, on avait signalé cette immunité proportionnelle. L'action microbicide des mercuriaux serait-elle préventive? C'est un point curieux à élucider que je recommande à nos confrères spécialistes.

Je ne sais pas ce qui s'est passé à la prison de la Santé; il serait, d'ailleurs, difficile de déterminer la marche régulière de l'épidémie dans l'établissement, car il est destiné par son infirmerie centrale, à recevoir les graves malades envoyés des autres prisons, et il serait injuste de porter à son actif les conséquences de ce mélange d'individus, de cette importation continuelle de prisonniers atteints d'affections en cours et généralement sérieuses.

En somme, il semblerait toujours résulter de ma communication précédente que le système cellulaire, pour les raisons que j'ai dernièrement invoquées, a protégé, à Mazas, le plus grand nombre des détenus contre l'invasion si rapidement généralisée de l'épidémie, fait que nous avions déjà observé et signalé pour le choléra de 1884.

— M. Nicolas s'excuse de prendre la parole sur l'épidémie régnante, à propos du procès-verbal; mais(ayant pris position dans la question, il croit ne pouvoir se dispenser d'insister sur les opinions qu'il a émises et qui ont été publiées et plus ou moins sévèrement jugées. Il ne conteste pas que l'épidémie actuelle reproduise les traits des anciennes pandémies de grippe; mais, depuis un demi-siècle, la notion ancienne de la grippe a été sans doute dénaturée, car la plupart des praticiens ne l'ont pas reconnue dans l'épidémie régnante. Les caractères sur lesquels M. Nicolas insiste dans l'épidémie actuelle, sont : 1° l'absence de phénomènes respiratoires dans un très grand nombre de cas; 2° quand la bronchite apparaît, elle est souvent consécutive; elle se déclare dans cette période que M. Huchard appelait récemment la *période hésitante* de la maladie, et qui, pour M. Nicolas, est plutôt un dédoublement de la période d'état; cette période n'est pas toujours hésitante, c'est pendant sa durée qu'ont lieu la plupart des morts subites; 3° ce qui caractérise cette épidémie, c'est l'énervement allant jusqu'à la paralysie; et le fait que le cœur est souvent atteint par cet énervement explique la gravité des maladies respiratoires concurrentes et la fréquence des décès par maladies du cœur; 4° les douleurs aussi sont caractéristiques.

---

mis en œuvre depuis des temps très reculés par un public extra-médical, il faut le dire.

Mais aujourd'hui que Brown-Sequard a découvert à ce massage particulier d'incontestables vertus pour réveiller les facultés intellectuelles endormies, les choses pourraient bien changer. Le massage, que l'on s'imaginait avoir tout exploité, voit s'entrouvrir devant lui, grâce à cette étonnante découverte, des horizons nouveaux et inexplorés.

Mais où sont les limites qu'on pourra apporter au charlatanisme? Ainsi voilà un brave homme qui vient de se faire condamner pour exercice illégal de la médecine; eh bien, qu'avait-il inventé, celui-là? C'était encore un spécialiste : il avait trouvé le moyen de diagnostiquer le ver solitaire, en l'entendant siffler, par l'auscultation à nu des cuisses de la malade. Et il y avait des gens qui y croyaient !

Je ne crois pas que le massage soit encore arrivé à ce degré d'ineptie en fait de clientèle.

Simplissime.

Batonnets iodoformés. — Billroth.

Iodoforme		20 grammes.
Gomme arabique pulvérisée	}	
Amidon pulvérisé	} ââ	2 —
Glycérine pure	}	

F. s. a. — Des bâtonnets, destinés à être introduits dans les trajets fistuleux. — N.G.

M. Nicolas ajoute que l'éruption n'est pas rare; qu'elle était discrète et papuleuse dans le petit nombre de cas qu'il a observés. Or, l'état papuleux de la peau comme l'œdème dermique et sous-dermique des dermatoses est un phénomène d'atonie vasculaire. On objecte la mortalité considérable de cette épidémie, qui la distinguerait de la dengue. M. Nicolas fait remarquer, au contraire, qu'en prenant l'un des chiffres donnés par les Anglais dans l'Inde et qui représentent la mortalité civile, tandis que, dans la plupart des statistiques, on n'a donné que la mortalité militaire; en prenant le chiffre donné par les Anglais de 37 décès pour 10,000 malades ou 5 pour 1,000, on trouverait qu'une mortalité répondant à un million de malades, ce qui est le cas approximativement à Paris, donne un chiffre de 5,000 décès, ce qui rappelle la mortalité de la dengue.

M. Rougon : Mon collègue et ami, M. Nicolas, nous dit que, depuis un demi-siècle, la notion de la grippe a été dénaturée ; non, nous avions perdu de vue ces notions, car nous étions habitués à voir, depuis 1837, quelques petites épidémies de grippe, où la fièvre, le coryza, la toux, la bronchite se présentaient légers ou avec peu de gravité. Mais, dans toutes les grandes épidémies de grippe, les observateurs ont signalé la prédominance des phénomènes essentiels, des symptômes généraux dominant la scène ; et après survenaient, quelquefois à peine marqués, le plus souvent très accentués, les phénomènes vers les muqueuses, toux, bronchite, congestion pulmonaire, péripneumonie. Ce n'est pas sous le titre de dédoublement de la période initiale qu'il faut chercher ces faits. Les anciens observateurs n'avaient pas les éléments nécessaires pour faire l'analyse des symptômes comme on le fait aujourd'hui; l'auscultation leur était inconnue de même que les connaissances nécessaires pour la recherche de l'état de la motilité, paralysie, parésie, et, pour la sensibilité, anesthésie ou hyperesthésie. Ils n'ont pas établi d'espèces, de variétés et sous-variétés pour la grippe. Nous faisons bien aujourd'hui d'analyser tous ces symptômes, mais à la condition de faire plus tard la synthèse.

Pour les anciens auteurs, il faut lire, et lire attentivement.

La douleur? L'énervement? La cardiopathie? Les éruptions?

« La douleur commençoit es-teste, es-reins et es-espaules et n'estait nul quand elle prenoit qui ne cuidast avoir la gravelle, tant faisait cruelle douleur. » — « *Cum febre, summâ capitis gravitate, cordis pulmonumque angustâ.* » — Pour l'épidémie de 1557 : « Fièvre continue, la céphalgie était véhémente, à laquelle se joignaient des douleurs fortes et continues aux reins, aux lombes, qui empêchent de marcher. « — En 1580 : « Elle s'annonçait par les caractères suivants : affaiblissement des forces, pesanteur dans la région précordiale, palpitation de cœur, le pouls petit, accéléré et inégal, respiration difficile, et, dans le progrès de la maladie, la prostration des forces devenait telle que les malades avaient des lipothymies, puis une humeur excitait la toux. » — Sennert, même épidémie : « Douleur à la région diaphragmatique, cardialgie; plus tard, faiblesse dans les membres et dans le corps, et survenait une langueur aux membres inférieurs. » — En 1729 : « Les malades se plaignaient de mal de tête et d'oppression de poitrine, quelquefois il survenait des vertiges, le coryza et l'éternuement; *quelques-uns éprouvaient des anxiétés précordiales; le pouls faible, petit; les syncopes accompagnaient les cas graves qui se terminaient par la mort.* » — En 1788 : « Mêmes phénomènes; *quelques malades guérissent en buvant du café bien chaud aiguisé avec un peu de jus de citron.* »

Mon ami, M. Nicolas, m'accordera bien qu'on ne peut en vouloir à ces malades de n'avoir pas attendu, pour guérir, la seringue hypodermique et la caféine, alors qu'ils avaient du café pur de toute chicorée.

Assez de citations. Mon collègue, M. Nicolas, me pardonnera de les reproduire après coup ; je l'en ai prévenu. Elles sont extraites d'un livre qu'on est obligé d'avoir avec soi quand on se rend aujourd'hui dans les Sociétés médicales : « *Ozanam, maladies épidémiques, fièvre catarrhale.* »

Pour satisfaire mon collègue, je dirai, que Monneret et Fleury et, avant eux, Récamier ont signalé les variétés de grippe syncopale, de grippe éruptive, de grippe paralytique. (Landouzy 1837). Et à propos de cette dernière variété mal étudiée et mal définie, j'ai

été heureux d'assister, ce matin même, à une leçon clinique faite par M. le professeur Potain, au sujet d'un malade atteint bien antérieurement d'accidents saturnins dont il était guéri depuis longtemps et qui, à la suite de la grippe, a présenté de la paralysie, de la parésie des membres supérieurs. Ce que M. Nicolas dit de l'énervement est parfaitement connu et étudié dans la forme nerveuse de la grippe.

Quant aux éruptions que M. Nicolas nous dit n'être pas rares dans ce moment et avoir observées, il est indispensable de noter l'époque de leur apparition, leur marche, leur unicité ou leur duplicité, leur caractère. Les éruptions exanthématiques ont été signalées dans plusieurs épidémies de grippe.

Enfin mon collègue compare la mortalité à Paris avec celle de la dengue, maladie que j'ai observée. Puisqu'il m'en fournit l'occasion, je vais m'expliquer.

Les relations de Le Roy de Méricourt, de Dauvin, de Cotholendy, de Martialis, de Ballot, de Treille, de Vauvray, nos collègues de la marine, ont été analysées avec beaucoup d'autres documents, dans le remarquable article « Dengue », de mon ami Malté (Dict. Encyclop.); maladie épidémique contagieuse des régions tropicales et intertropicales contagieuse, et transmissible par les voies de terre et de mer.

Les malades sont saisis à l'improviste. Avec les douleurs musculaires et arthralgiques caractérisques apparaît la fièvre, brisement général, prostration subite des forces, céphalalgie excessive, douleurs dans les orbites. Il y a généralement concomittance de phénomènes gastriques. Dans ce premier stade se manifeste l'éruption du début. Après trois ou quatre jours, la fièvre cesse ; puis survient avec un deuxième paroxysme fébrile une seconde éruption typique, exanthème polymorphe, tenant tout à la fois de la rougeole, de la scarlatine, parfois de l'urticaire ; enfin la desquamation, avec vives démangeaisons, indique la convalescence. C'est une période terminale, mais les douleurs arthralgiques persistent souvent longtemps.

Avec les douleurs spéciales du début, puis leur détermination articulaire, grandes et petites articulations des doigts, des orteils, l'éruption, par la double époque de son apparition, par sa durée, par sa terminaison, est le trait le plus caractéristique de la dengue.

Ce n'est, certes, pas cet ensemble qui a été observé ici, et ceux qui croient à une dengue modifiée ou atténuée plaident l'*exception*.

Dans la grippe épidémique, comme dans celle actuelle, on observe assez souvent, au début, de la courbature générale, une céphalalgie très grande, se faisant sentir au niveau des sinus frontaux, des courbatures fortes, des douleurs contusives occupant les membres et les reins, la douleur se propageant quelquefois le long du rachis et présentant un véritable lumbago. Voilà une *analogie* avec la dengue.

Mais les *différences*. Pour l'éruption, on est conduit à dire qu'elle manque aussi dans la dengue et à évoquer l'exception.

Mais de toutes les épidémies de dengue, on n'en trouve que deux, celle de Gorée et du canal de Suez, où l'éruption manquait ou avait passé inaperçue dans la moitié des cas. C'est qu'il faut avoir éprouvé, je parle en connaissance de cause, la difficulté que l'on a à reconnaître tout d'abord certains exanthèmes, celui de la scarlatine, entre autres, sur la peau d'un vrai noir.

Les troubles digestifs sont constants dans la dengue. Quant aux complications du côté des voies respiratoires, dont on veut tirer partie, c'est encore l'exception. Le coryza, la toux, la bronchite ont été cités dans la dengue, mais, outre leur grande rareté, la bronchite elle-même n'offre pas de gravité.

Tout autre est ce que nous observons aujourd'hui dans la grippe : péripneumonie, bronchite généralisée, congestion pulmonaire rapide, toutes graves et mortelles; car, quoique l'on puisse dire, c'est bien la grippe, cause de ces complications, qui est aussi la cause de l'élévation de la mortalité. Tandis que, dans la dengue, sur quatre épidémies, malgré des milliers de malades, il n'y a pas eu de mortalité; au Sénégal, Thaly ne compte qu'une victime sur plus d'un millier de malades; à la Réunion, pas de décès; à Aden, 5 décès sur 450 malades. Pas un décès à Pondichéry pour Martialis, et, d'après le tableau des observateurs anglais, il y aurait eu 37 décès sur 8,069 malades.

J'ai tenu à ne pas rester étranger à ce qui se passe aujourd'hui. En outre des malades particuliers, j'ai visité des malades réunis dans des salles et je n'ai rien trouvé qui m'ait

rappelé ce que j'ai observé autrefois dans la dengue, si ce n'est les symptômes généraux que je vous ai exposés plus haut et aussi les lassitudes, la langueur consécutive et l'affaiblissement, phénomènes communs à la dengue et à la grippe.

Je ne crois pas trop m'avancer en disant que si, plus tard, la dengue se présentait dans une des cités de notre côte de la Méditerranée ou à l'intérieur, elle serait importée. Ce serait la dengue succédant à la grippe, comme la grippe vient de succéder à la dengue à Constantinople.

La dengue semblerait avoir été importée à Marseille en septembre 1827, par un navire venant des Antilles, d'après un mémoire adressé à votre Société par un membre correspondant, le docteur Robert, professeur à l'Ecole secondaire de Marseille, médecin du lazaret de cette ville, mémoire inséré au tome CVIII du *Journal général de médecine* ou *Recueil périodique des travaux de la Société de médecine de Paris*, suivi d'un rapport de Gendrin, membre de votre Société.

Nous reviendrons sur ce mémoire dans notre prochaine communication : *Examen rétrospectif de l'épidémie de Paris de 1828; maladie innominée de Genest; érythème épidémique; acrodynie de Chardon.*

— M. Desnos communique une observation de calcul volumineux de la vessie chez une femme, calcul ayant pour noyau quatre épingles à cheveux. La guérison a été obtenue par la taille vésico-vaginale.

M. Dubuc : Le fait de M. Desnos me paraît très intéressant. Il m'en rappelle un que j'ai observé dans le service de notre excellent collègue Polaillon. Il s'agissait d'une femme sur laquelle M. Polaillon avait pratiqué l'hystérectomie complète; on avait dû lui mettre une sonde à demeure dans la vessie; malheureusement, cette sonde n'était pas, sans doute, suffisamment aseptique, et cela suffit pour déterminer la production d'une cystite suivie de la formation rapide d'un volumineux calcul phosphatique. La femme revint à l'hôpital quelque temps après l'opération, souffrant de douleurs intolérables. Son calcul avait 3 centimètres et 1/2 de diamètre. M. Polaillon voulut bien me charger de l'opération; je la débarrassai par la lithotritie, sous le chloroforme, et la guérison fut complète.

Cette observation se rapproche de celle de M. Desnos par quelques points : on voit qu'il a suffi du séjour d'une sonde pendant quelques jours pour irriter la vessie et déterminer la formation d'un calcul.

— M. Dubuc : Il s'est présenté récemment à mon observation un cas d'*induration plastique des corps caverneux*, dont je désire entretenir brièvement la Société.

L'affection dont il s'agit est connue depuis longtemps; Lapeyronie en a donné la description (1743, Académie de chirurgie). Ce n'est pas le cas de faire un historique détaillé à propos d'une communication orale; qu'il me suffise de dire que Demarquay lui a consacré un chapitre dans son *Traité des maladies du pénis* (1877), que M. Tuffier en a fait l'objet d'un mémoire très complet dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (1885).

Notre collègue, M. Polaillon, nous en a ici même, en 1886, rapporté un exemple intéressant chez un malade qui était en même temps affecté d'une rétraction des deux aponévroses palmaires.

Le sujet de mon observation est âgé seulement de 43 ans; il n'est pas diabétique, ni syphilitique, et n'a subi aucun traumatisme du pénis; personnellement, il n'a pas présenté de manifestations rhumatismales, mais sa mère, ses frères et une sœur, plus jeune que lui, sont rhumatisants.

Au moment où je le vois (18 janvier 1890), il existe à la face dorsale de la verge une plaque indurée, occupant l'enveloppe fibreuse des corps caverneux, dont le début remonte à plusieurs mois et peut-être à plusieurs années. Cette plaque indurée, régulière, symétrique n'offre que quelques millimètres d'épaisseur; elle commence à 3 centimètres environ en avant de la racine de la verge et atteint presque l'extrémité antérieure des corps caverneux, mesurant 4 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur; son diamètre transversal est d'un peu plus de 3 centimètres; elle s'étend symétriquement des deux côtés de la ligne médiane. La miction s'accomplit sans difficulté, mais

il n'en est pas de même de l'érection. Celle-ci est douloureuse au point de réveiller le malade deux ou trois fois chaque nuit; elle amène une déformation de la verge, qui consiste en une coudure à angle presque droit de l'extrémité antérieure de cet organe, le gland dirigé en haut.

Le coït devient de plus en plus difficile et douloureux. Le malade, suivant sa propre expression, est obligé de demander grâce à sa femme, qui est jeune et jolie.

C'est cette préoccupation de ne pouvoir plus pratiquer le coït dans des conditions régulières et sans douleur qui l'amène à me demander conseil.

En dehors de la syphilis et du traumatisme, qui donnent lieu à des indurations du pénis d'une forme spéciale, la plupart des cas relatés ont été rencontrés chez les diabétiques, particularité sur laquelle a insisté M. Verneuil, ou chez des rhumatisants; notre malade rentre évidemment dans cette dernière catégorie.

Si, chez les diabétiques, on a pu obtenir parfois une amélioration considérable de l'état local à la suite d'un traitement dirigé contre la maladie générale, il faut reconnaître qu'il n'en a pas été de même chez les rhumatisants.

Le pronostic est donc sérieux chez eux, lorsqu'ils sont encore dans l'âge de l'activité sexuelle et en raison même de l'importance qu'ils attachent à l'exercice de cette fonction.

J'ai prescrit à mon malade des bains sulfureux, de l'iodure de potassium à l'intérieur à la dose de 2 grammes par jour et enfin des applications locales d'une pommade composée d'iodure de plomb et d'iodure de potassium; je me propose de recourir à l'application à demeure de sparadrap de Vigo *cum mercurio*. Si quelqu'un de mes collègues connaît un mode de traitement plus efficace, je lui serai reconnaissant de me le communiquer.

M. Fraignaud : J'ai souvenir de deux faits pareils à celui que vient de nous raconter M. Dubuc : l'un, chez un vieillard que j'ai perdu de vue; l'autre, chez un adulte rhumatisant depuis de longues années, il avait une induration qui entourait la verge comme d'un fourreau, sauf à la partie inférieure. Je lui ai fait envelopper l'organe dans un emplâtre de Vigo (souple et mince comme on le fabrique en Allemagne); je lui ai donné l'iodure de potassium à l'intérieur, et, deux fois par semaine, je lui faisais prendre un bain alcalin avec 5 grammes d'arséniate de soude.

M. de Beauvais a vu un garçon qui se plaint énormément d'une dureté à la verge qui le fait souffrir au moment de l'érection; c'est aussi un rhumatisant.

M. Reliquet : Lorsque l'induration du corps caverneux tient au rhumatisme, il m'a semblé que les préparations arsenicales à l'intérieur, et les bains alcalins arsenicaux réussissent assez bien. J'ai un fait très net de guérison par ces moyens.

— M. Bouloumié entretient la Société des secours que la Société de secours aux blessés, dont il est le secrétaire général, a distribués aux malades de Paris, pendant l'épidémie que nous venons de traverser.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Gilbert, agrégé, est chargé des fonctions de chef du laboratoire de thérapeutique.

Un congé de trois mois est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Monange, préparateur des travaux pratiques de chimie.

M. Baretta (César-Joseph-Savin) est nommé aide du laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Rémy, démissionnaire.

— Un concours pour trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 28 février 1890, à midi, à l'administration centrale.

Le registre d'inscription, ouvert de midi à trois heures, le samedi 1er février, sera clos le lundi 17 février, à trois heures.

— M. le docteur Poignard est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque municipale de Saint-Mandé.

RAPPORTS DE L'HÔPITAL JOHNS HOPKINS. — Le bureau de publication de l'Université Johns Hopkins annonce la publication prochaine d'un volume annuel de rapports de l'hôpital. Les rapports se composeront de monographies relatives à la médecine, à la chirurgie et à la gynécologie; de récits de cas intéressants; de rapports sur les recherches en bactériologie, en anatomie pathologique et en pathogénie; et d'un résumé des travaux accomplis dans les laboratoires de pathologie et d'hygiène.

Le premier volume, pour l'année 1889, doit paraître prochainement sous la direction de M. le docteur W. H. Welch, directeur du laboratoire de pathologie. Table des matières : Infarctus hémorrhagique; de la guérison de la plaie suivant la couture de l'intestin; extirpation du corps thyroïde; effets de la chaleur artificielle sur les animaux; choléra du cochon; de la manière dont se comportent les bactéries dans l'eau; paralysie bulbaire progressive et sclérose du cervelet. Le volume sera illustré de gravures et de planches en couleurs.

Le deuxième volume paraîtra en 1890, en neuf livraisons mensuelles d'environ 74 pages chacune, formant un volume d'au moins 500 pages. A ce volume chaque service de l'hôpital et du dispensaire contribuera des récits détaillés de cas intéressants. Outre des mémoires sur des questions de chirurgie et de gynécologie, des monographies sur les matières suivantes feront partie de ce volume : fièvre d'origine hépatique; tumeurs du péritoine d'origine tuberculeuse; un cas du mal de Raynaud; tuberculose du péricarde; complications rénales de la fièvre typhoïde; tuberculose aiguë chez le nourrisson; état actuel de la question de la nature du paludisme.

Prix de chaque volume au complet, 25 francs.

Les livraisons se vendent séparément à raison de 2 fr. 50

La première livraison du deuxième volume paraîtra le 1er janvier 1890. Ces volumes seront expédiés en échange des rapports d'autres hôpitaux et sociétés médicales. Prière de communiquer à ce sujet avec le *Publication Agency of the Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, U. S. A.*

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J. Baillé, médecin de l'hospice de Rabastens.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 10 février 1890. — *Ordre du jour :* 1. Fin de la discussion sur l'épidémie de grippe. — 2. M. Rabion : Cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux. — 3. M. Schwartz : Des indications du traitement chirurgical dans le cancer du rectum. — 4. Election d'un membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 10 février 1890, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Rapport de la Commission chargée de l'examen du droit de réquisition des médecins. (M. Horteloup, rapporteur.) — 3. M. Gilles de la Tourette : Ecchymoses spontanées — Etat mental des hystériques. — 4. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), **Dyspepsies, etc., etc.**

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

La goutte et ses principales manifestations.

Coïncidences pathologiques ; identité de ces coïncidences avec celles du rhumatisme chronique et du diabète gras. Rapprochement entre la gravelle urique, le diabète gras et le rhumatisme chronique. Chacun de ces états morbides, loin de constituer une maladie distincte, se trouve sous la dépendance d'un trouble nerveux général et fait partie d'une même série morbide.

Leçon recueillie par MM. GUYON et DIEUDEFOY, internes du service.

Messieurs,

Après vous avoir parlé de la fièvre rhumatismale, du rhumatisme chronique et de ses variétés, puis des diabètes glycosuriques, je tiens à vous entretenir de la *goutte*, de façon à vous montrer les rapports qui existent entre cette prétendue maladie et celles qui précèdent.

La goutte est un état pathologique qui, contrairement à beaucoup d'autres, sans qu'on en sache bien la raison à moins que ce ne soit parce qu'on a dit qu'elle était la maladie des riches, est bien vue des gens du monde; il semble qu'il soit de bon ton d'être goutteux, et le médecin qui a le courage de son opinion et qui, comme moi, ne croit pas à la goutte, n'est pas toujours bien venu d'en nier l'existence. Cependant, je persiste à ne pouvoir considérer la goutte comme une maladie spéciale, et je tiens à vous prouver qu'il y a lieu de modifier à son égard l'idée généralement reçue.

Les opinions des médecins sont, comme vous le savez, fort différentes, tant sur la fréquence que sur les conditions pathogéniques et étiologiques de la goutte, et cette circonstance est la preuve certaine que cette maladie est loin d'être connue; aussi croyons-nous qu'il y a intérêt général à analyser sérieusement les accidents décrits sous le nom de goutte et à rechercher si ces accidents sont distincts de ceux du rhumatisme chronique et s'ils peuvent servir à constituer une espèce nosologique; c'est en réalité l'existence même de la goutte que nous allons discuter.

La goutte, déjà connue d'Hippocrate, est nettement signalée à partir de l'avénement de l'empire romain, non seulement par des médecins éminents tels que : Arétée, Celse, Galien, et plus tard Oribase, Alexandre de Tralles, Aetius et Paul d'Egine, mais encore par des poètes et des historiens comme Ovide, Sénèque, Lucien de Samosate, etc..... Les Arabes, au Moyen-Age, nous apprennent que cette maladie continue de régner, et les écrits des médecins des temps modernes nous renseignent sur sa fréquence. Cepen-

dant, les déformations articulaires considérables qui avaient conduit Dioclétien à rendre un édit dispensant les goutteux des charges publiques sembleraient indiquer que les descriptions de l'antiquité s'adressaient au moins autant au rhumatisme déformant qu'à la goutte. La diminution de la goutte dans les temps modernes s'explique d'ailleurs par la séparation qu'on est arrivé à établir entre certaines arthrites chroniques et l'arthrite goutteuse.

La goutte, d'après les auteurs les plus récents, s'observe de préférence dans certaines contrées du globe, et principalement en Angleterre, dans plusieurs provinces de la France et de l'Allemagne. A peu près inconnue dans les régions équatoriales, elle se rencontre principalement chez des Européens qui en sont atteints par hérédité.

La bonne chère et les excès de bière sont les causes auxquelles on attribue généralement la goutte. La première de ces causes est signalée depuis si longtemps qu'elle est devenue banale, pour ainsi dire; cependant, il y a lieu de reconnaître que des personnes très sobres peuvent devenir goutteuses, tandis que d'autres se livrant à de grands excès ne le sont jamais, de sorte que cette cause est loin d'avoir l'importance qu'on lui attribue. C'est en Angleterre, à Londres, notamment, que l'usage de la bière, et surtout du porter, a été signalé, d'abord par Scudamore, et plus tard par Watson et Budd, comme une cause fréquente de goutte. Garrod, qui a constaté le même fait, observe que les employés des grandes brasseries sont fréquemment atteints de cette maladie, en dehors de toute prédisposition héréditaire. Remarquons que ce n'est pas à l'alcool que les bières anglaises doivent d'être dangereuses, car ce sont précisément les moins alcoolisées qui sont les plus redoutables, puisque le porter ne renferme que 5 p. 100 de ce produit, tandis que l'ale en contient 8 p. 100. N'ayant pas été à même d'observer en Angleterre, j'aurais mauvaise grâce à nier l'action de la bière sur la production de la goutte; mais il y aurait lieu de rechercher si l'usage excessif de la bière donne réellement naissance à cette affection avec toutes ses manifestations, ou s'il ne fait qu'élever, dans certaines conditions, le taux de l'acide urique déjà en excès au sein de l'organisme. Le vin et le cidre sont également accusés d'engendrer la goutte, du moins par les auteurs anglais; disons que nos observations personnelles ne viennent nullement confirmer cette manière de voir.

L'hérédité de la goutte est constatée dans plus de la moitié des cas; en Angleterre, il n'est pas rare de trouver des familles dont la plupart des membres sont atteints de cette maladie. La femme en est moins souvent frappée que l'homme, et quelques auteurs ont voulu trouver dans ce fait un argument en faveur de la distinction qu'ils cherchent à établir entre le rhumatisme et la goutte; mais j'ai déjà dit que le rhumatisme chronique me paraissait plus commun chez l'homme que chez la femme, et il en serait de même de la goutte. — L'âge où se manifeste cette maladie ne diffère pas d'ailleurs de celui où survient le rhumatisme chronique, La jeunesse, en effet, y est peu prédisposée, et ce n'est que vers l'âge de 30 ans que se montrent les désordres articulaires attribués à la goutte, survenant en général, comme ceux du rhumatisme chronique, à la suite d'une influence nerveuse quelconque. En conséquence, les excès de table et de boissons mis de côté, les causes de la goutte ne diffèrent pas essentiellement de celles du rhumatisme chronique.

La goutte est pour tous les auteurs une maladie chronique au cours de

laquelle apparaissent quelquefois, comme dans le rhumatisme *chronique*, des poussées aiguës. La goutte aiguë est précédée de symptômes prodromiques portant sur le système nerveux, ou survient d'emblée ; ses localisations, à l'instar de celles du rhumatisme, sont tantôt poly-articulaires, tantôt mono-articulaires. La douleur qui commence la scène est ordinairement soudaine et violente, comparée par les malades aux sensations que produisent une contusion ou une foulure, à une brûlure, à des élancements divers. Elle a pour point de départ habituel l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, mais elle peut affecter d'autres jointures et, dans quelques cas, comme on le voit dans le rhumatisme chronique, elle se localise d'emblée sur un point de la continuité des membres. Bientôt après la manifestation douloureuse, le tégument rougit, se tuméfie, présente une surface tendue, luisante, parfois violacée et parcourue par des veines larges, dilatées. Le tissu cellulaire sous-jacent, œdématié, devient dépressible sous le doigt et quelquefois un épanchement se produit dans la cavité articulaire. Donc, le phénomène initial de la poussée de goutte est la douleur, la tuméfaction des tissus péri-articulairesvient en second lieu, comme dans une fluxion dentaire; or, cette succession de phénomènes ne diffère pas de celle que l'on observe dans le rhumatisme chronique.

L'état général qui s'ajoute à ces désordres locaux a pour caractères un certain degré d'irritabilité nerveuse, des frissons erratiques, une fièvre peu intense. la diminution de la plupart des sécrétions, celle des urines en particulier. Toutes ces manifestations, bien que continues, se trouvent néanmoins soumises à une légère exacerbation vers le soir et pendant la nuit; elles ont une durée de huit à quinze jours et plus, après quoi on observe d'abord la cessation de la douleur et de la fièvre, puis en dernier lieu la desquamation de la partie tuméfiée.

Qu'ils soient partiels ou généralisés, les accès de goutte aiguë ne diffèrent pas sensiblement. Dans le dernier cas, la poussée envahit souvent à la fois les cou-de-pieds et les genoux, parfois aussi les poignets et les coudes ; dans le premier, c'est le plus ordinairement l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ou métacarpo-phalangienne du pouce qui se trouve atteinte, mais l'un des genoux ou même des cou-de-pieds peut être affecté isolément, à l'instar de ce que nous avons signalé pour le rhumatisme chronique.

Les accès de goutte, une fois terminés, peuvent reparaître au bout d'un temps plus ou moins long, quelques malades en sont frappés presque chaque année, à une époque déterminée et souvent aux changements de saison, preuve de l'influence du système nerveux sur leur apparition. Dans l'intervalle des accès, les malades se portent généralement bien, mais parfois ils souffrent de dyspepsie, de gravelle urique ou de tout autre affection que nous signalerons plus loin sous le titre de coïncidences pathologiques.

La goutte chronique d'emblée est rare; le plus souvent, on désigne sous ce nom des reliquats de poussées aiguës (rigidité ou gonflement articulaire), sinon la répétition d'accès peu intenses anticipant les uns sur les autres et pour ainsi dire subintrants ; de telle sorte que le malade, ressent, comme dans certaines formes de rhumatisme chronique, des douleurs presque continues avec des alternatives de rémission et d'exacerbation. A ces phénomènes s'ajoutent, au bout d'un certain temps, des désordres permanents du côté des jointures, consistant en des saillies ou nodosités fermes qui finissent par tendre la peau et lui donner une teinte jaunâtre ; ce sont des

dépôts d'urate de soude ou *tophus*, mais souvent, on prend pour des dépôts de ce genre des productions ostéophytiques. Enfin, bien souvent aussi, on attribue à la goutte des désordres viscéraux qui n'ont d'autre origine qu'une artério-sclérose généralisée, affection des plus communes dans la goutte comme dans le rhumatisme chronique.

La marche des diverses formes de goutte peut varier ; mais, en général, les accès se rapprochent d'autant plus que le malade s'éloigne davantage du début de son affection, à tel point qu'il arrive parfois de les voir reparaître deux fois par an, au printemps et à l'automne. Par contre, ils tendent à devenir moins intenses au fur et à mesure de leur répétition.

La durée des accès de goutte généralisée est toujours de plusieurs semaines, et de même que les poussées aiguës de rhumatisme chronique, elle peut en changeant de place se prolonger pendant plusieurs mois. La goutte partielle, dans quelques cas, ne dure pas beaucoup moins longtemps.

Les accès de goutte aiguë se terminent ordinairement par résolution, mais, quelquefois, à la suite de ces accès, comme du reste dans certains cas de goutte chronique, il se forme des tophus au niveau des articulations. Ces dépôts, qui ont pour siège habituel les jointure des pieds et des mains, prennent, en se solidifiant, l'aspect de masses dures qui pressent sur la peau, l'atrophient et lui donnent un aspect d'un blanc jaunâtre ; bientôt celle-ci s'ulcère et livre passage à des quantités plus ou moins considérables d'urate de soude. Dans ces conditions, la guérison est rarement définitive ; le malade reste plus ou moins infirme, ce qui ne l'empêche pas de vivre encore longtemps, et, lorsqu'il vient à succomber, c'est presque toujours à la suite d'une lésion matérielle qui porte sur le système artériel ou le cœur, sur les reins ou le cerveau. C'est à quelques-uns de ces désordres qu'on a généralement donné à tort le nom de *goutte rétrocédée* ou *remontée*.

Le tophus est l'altération caractéristique de la goutte ; mais, si on y prend garde, on remarquera que cette maladie est des plus rares, car, sur un total de dix mille autopsies, je ne l'ai pas rencontré plus de cinq à six fois en dehors du saturnisme. Formé surtout d'urate de soude, ce dépôt infiltre la plupart des tissus articulaires et se retrouve jusque dans la cavité de la synoviale, où il produit des désordres variables suivant sa plus ou moins grande abondance. Dans les cas les plus légers, les cartilages diarthrodiaux d'un petit nombre d'articulations sont seuls atteints et se font remarquer par des incrustations blanchâtres, linéairement disposées, sinon par des dépôts miliaires ou lenticulaires à peine saillants, irréguliers et de même coloration. La synovie, plus ou moins abondante, est visqueuse, transparente, alcaline et parfois acide, sans qu'il soit possible d'attacher une trop grande importance à ce caractère. A un degré plus avancé, les cartilages diarthrodiaux sont en partie atrophiés, la synovie contient des cristaux d'urate de soude, ou bien elle se présente sous l'apparence d'un liquide blanchâtre, lactescent, assez semblable à un lait de chaux ou à du plâtre délayé. Dans les cas les plus sérieux enfin, la synoviale, les téguments, les gaines tendineuses et les tendons, les bourses séreuses périarticulaires, etc., sont infiltrés d'urate de soude et semés de taches ou de dépôts de la grosseur d'une lentille, d'un pois ou d'un petit œuf (Garrod, *Traité de la goutte*, p. 203), friables, blanchâtres et semblables à du mastic ou à du plâtre gâché. Les franges synoviales incrustées des mêmes dépôts offrent l'apparence d'épis

ou de gerbes blanchies par le givre. Une bouillie blanche plus ou moins épaisse souleve la synoviale et fait saillie de chaque côté des parties ligamenteuses, ou bien, comme nous l'avons vu, s'échappe au moment de l'incision sous forme d'un lait de chaux un peu épais (Voy. notre *Atlas d'anat. pathol.* Paris 1871) ; les cartilages diarthrodiaux tout entiers sont pénétrés par les urates et les os à leur voisinage présentent quelquefois des dépôts de même ordre. Les cartilages de l'oreille, ceux du larynx, le tendon d'Achille, les disques intervertébraux, les valvules cardiaques, certains points des méninges, les reins et d'autres organes sont en outre fréquemment incrustés de sels uratiques disposés sous forme de stries ou de petites masses aplaties. Comprimés par ces dépôts, les éléments organiques sont modifiés et atrophiés, les tissus voisins peuvent à leur tour s'enflammer et suppurer, donner naissance à des abcès qui s'ouvrent à l'extérieur, et de la sorte les foyers d'urate de soude se trouvent mis à jour et leur contenu est ensuite éliminé. La matière qui constitue ces dépôts est formée à l'examen microscopique de cristaux aciculaires, isolés et le plus souvent disposés en amas radiés lorsqu'ils sont logés au sein des éléments cellulaires. Traités par l'acide acétique, ces cristaux sont dissous et remplacés pas des cristaux rhomboédriques d'acide urique.

Notons qu'aux désordres articulaires en question s'ajoutent fréquemment les lésions de l'arthrite sèche, l'usure du cartilage, les bourrelets osseux, les ostéophytes et autres désordres auxquels nous ferons allusion plus loin lorsque nous chercherons à rapprocher la goutte du rhumatisme chronique.

Le sang, dans la goutte, se fait remarquer par la présence de l'acide urique, soupçonnée par plusieurs auteurs, et définitivement établie par Garrod (1848). Cet observateur constata que le sang, qui ne contient à l'état normal que des traces de cet acide, en renferme, pendant l'accès de goutte, de 0 gr. 05 à 0 gr. 17 sur 1,000 grammes, et, pour obvier à la difficulté des recherches chimiques, il indiqua un procédé clinique relativement simple et qui consiste à verser 5 grammes environ de sérum dans un verre de pendule, à y ajouter quelques gouttes d'acite acétique et à y placer un fil. Au bout de trente-six à quarante-huit heures de repos de ce liquide dans un lieu sec, il se dépose sur le fil des cristaux rhomboédriques d'acide urique qu'il est facile de constater à l'aide du microscope. La sérosité d'un vésicatoire peut remplacer le sang; elle donne les mêmes réactions, à la condition de ne pas l'appliquer sur un point enflammé, car tout processus phlegmasique tend à faire disparaître l'acide urique.

La constatation par Garrod d'un excès d'acide urique dans le sang a depuis lors servi de base à la théorie de la goutte, et l'on a attribué à la présence de cet acide l'accès de goutte et même la plupart des accidents attribués à cette maladie. Cette théorie, quoique généralement acceptée, ne peut cependant donner la raison de la goutte, car, la présence de l'acide urique dans le sang n'étant jamais un fait primitif, mais un effet de la nutrition intime des tissus, c'est au trouble de la nutrition générale ou mieux du système nerveux qui préside à cette nutrition qu'il conviendrait de faire remonter l'origine de la goutte, si celle-ci était bien sous la dépendance de l'excès d'acide urique. Malheureusement, cette dépendance est difficile à établir : d'une part, ce n'est que le petit nombre des goutteux qui présentent des incrustations uratiques des articulations, et, d'autre part, il n'est pas admissible que les manifestations concomit-

tantes de l'accès de goutte aient pour condition pathogénique l'excès d'acide urique du sang; aussi sommes-nous conduits à considérer cet excès comme une des conséquences, au même titre que beaucoup d'autres désordres, de la maladie générale à laquelle se rattachent les poussées articulaires.

La connaissance complète d'une maladie ayant pour condition nécessaire celle de tous les désordres qui peuvent lui faire cortège, la goutte ne peut être nettement déterminée si elle n'est rapprochée de toutes les affections habituellement observées chez les personnes qui en sont atteintes. Or, ces affections ne diffèrant pas de celles qui coïncident avec le rhumatisme chronique, nous nous trouvons conduit à rapprocher ces deux maladies et à rechercher s'il n'y a pas lieu de les identifier. Prenez le goutteux au début de son existence et suivez-le pendant tout le cours de sa vie, vous ne tarderez pas à reconnaître que les désordres articulaires ne représentent chez lui qu'un des phénomènes d'une évolution pathologique des plus complexes. Les anciens auteurs, auxquels ces coïncidences n'avaient pas échappé, y voyaient des transformations de la goutte, et cette doctrine plus ou moins modifiée s'est propagée jusqu'à nos jours, car les désordres désignés sous les noms de *goutte larvée*, de *goutte remontée*, etc., et encore de *goutte viscérale*, ne sont, la plupart du temps, que des coïncidences pathologiques des fluxions articulaires, et, dans quelques cas, des effets de quelques-unes de ces coïncidences, de l'artério-sclérose notamment. D'ailleurs, tout ce qui a été décrit sous ces différentes dénominations montre assez l'embarras des auteurs pour que nous n'ayons pas à nous en occuper; qu'il nous suffise de passer en revue la série pathologique généralement observée chez le goutteux et de montrer le lien unissant les divers accidents qui la constitue.

D'une sensibilité excessive et d'une vive impressionnabilité, le goutteux a une grande tendance à l'hypochondrie, qui se développe chez lui au moment de la puberté ou plus tard. Il est souvent atteint, même dès le jeune âge, de troubles de la sensibilité : prurit, migraines, névralgies; il est exposé à des spasmes de l'œsophage, des bronches (1) et de la vessie, à des fluxions sanguines qui se traduisent quelquefois par des hémorrhagies, telles que : épistaxis, hémoptysies, hémorrhoïdes. Il offre fréquemment des troubles dyspeptiques, et, dans quelques circonstances, ces troubles ont pu alterner avec les fluxions articulaires, revêtir une forme aiguë et se traduire par des douleurs intenses et des vomissements incoercibles avec ou sans dilatation de l'estomac. Des faits de ce genre ont été rapportés par Scudamore, puis par Budd et Garrod. Tout récemment, j'ai eu l'occasion d'observer ces mêmes accidents chez un jeune garçon de 13 ans qui fut pris tout d'abord d'une fluxion douloureuse avec œdème du coude droit, puis de douleurs intenses dans les articulations des genoux. Sous l'influence du salicylate de soude, ces accidents disparurent au bout de deux jours; mais, le lendemain, mon malade était atteint de douleurs extrêmement vives à l'épigastre, de vomissements répétés d'un liquide bilieux verdâtre. L'estomac, examiné avec soin, me parut dilaté; c'était la première fois que j'arrivais à constater ce phénomène. Le malade fut soumis au régime du lait, et, quatre à cinq jours plus tard, il était beaucoup mieux, quand tout

(1) Les accès d'asthme alternent quelquefois avec des accès de goutte. Je soigne en ce moment deux malades, un sculpteur et un littérateur distingués, chez lesquels je viens de voir des poussées de goutte articulaire succéder à des crises d'asthme.

à coup les deux jambes devinrent douloureuses et se couvrirent d'une éruption de taches purpuriques, légèrement saillantes, remontant jusqu'au tiers inférieur des cuisses. Traité par la quinine, ce purpura disparut au bout de quatre à cinq jours pour être remplacé par des fluxions articulaires, puis survinrent de nouveaux vomissements qui me firent songer à l'urémie. La constatation d'une albuminurie avec diminution de la sécrétion urinaire, la qualité et la quantité des matières vomies me conduisirent enfin à attribuer ces vomissements à une insuffisance urinaire. Quelques purgatifs et le régime lacté en eurent vite raison. Néanmoins, les poussées ne cessèrent définitivement qu'au bout de trois mois; l'albuminurie seule persistait encore à cette époque.

Des éruptions diverses telles que : acné, urticaire, purpura, eczéma, psoriasis, calvitie, etc., se rencontrent assez communément chez le goutteux; puis, enfin, à un certain âge de la vie, des varices et de l'artério-sclérose. Cette dernière lésion ne peut être oubliée, car, dans la circonstance, elle joue un rôle des plus importants; c'est elle qui tue presque toujours, non pas directement, mais indirectement, en produisant sous des noms différents des états dystrophiques des principaux organes, comme les reins (néphrite artérielle et urémie), le cœur (altération graisseuse), l'encéphale (ramollissement et hémorrhagie). Ce sont ces accidents et insuffisance cardiaque dépendants de l'artério-sclérose que, la plupart du temps, on considère comme des manifestations de la goutte et que l'on décrit parfois sous le nom de goutte remontée. Or, il est facile de reconnaître qu'ils n'ont rien à faire avec les poussées goutteuses, et que, s'ils se rencontrent dans la goutte, ce n'est jamais qu'à un certain âge de la vie, quand existe l'artério-sclérose généralisée.

Telles sont les principales affections observées chez les goutteux ; le tableau que nous en avons tracé n'est pas contestable, et l'on conviendra avec nous qu'il est de tous points identique à celui que nous avons donné précédemment des coïncidences pathologiques du rhumatisme chronique. A ce point de vue, donc, nous sommes en droit de conclure que la goutte se rapproche du rhumatisme chronique.

Les lésions articulaires ont, du reste, la plus grande analogie dans ces états pathologiques, car elles procèdent ordinairement par poussées successives, ne suppurent jamais et se terminent exceptionnellement par ankylose; la seule différence consiste, pour la goutte, dans la présence de dépôts d'urate de soude. Mais cette différence peut-elle suffire à établir une distinction tranchée entre ces maladies? Nous ne le pensons pas; car, à côté de l'infiltration uratique, il existe presque toujours dans la goutte des ostéophytes et l'ensemble des désordres propres au rhumatisme chronique, de telle sorte que cette infiltration doit être envisagée comme un accident du rhumatisme chronique, accident d'autant plus facile à comprendre que la gravelle urique est elle-même commune chez les personnes atteintes de ce rhumatisme.

En somme, l'excès d'acide urique dans le sang, considéré comme la condition pathogénique de la goutte, n'est jamais qu'un effet, un phénomène secondaire, forcément lié à un trouble nutritif dépendant d'une maladie plus générale ; mais ce trouble est-il, comme le prétendent la plupart des auteurs, le résultat d'une alimentation exagérée, de la bonne chère ou de l'abus de certaines boissons ? La chose ne nous paraît pas démontrée, quand nous voyons la goutte survenir chez des personnes qui n'ont jamais com-

mis le moindre excès. Au contraire, nous avons de grandes présomptions à croire que l'uricémie, comme la glycosurie du diabète gras, se trouve subordonnée à un désordre primitif de l'innervation nutritive, et comme la co-existence de ces désordres avec le rhumatisme chronique est chose commune, nous sommes conduits à les rapprocher et à les comprendre dans une même série morbide.

La conclusion à tirer de ces données est que, dans la goutte, le médecin doit viser le système nerveux encore plus que la diathèse urique, et que, si les alcalins peuvent être utiles, les modificateurs du système nerveux et en particulier l'hydrothérapie (en dehors des crises aiguës, bien entendu) ne le sont pas moins.

C'est à la suite d'une longue étude du rhumatisme chronique, du diabète gras, de la goutte, et de leurs nombreuses coïncidences pathologiques que nous sommes arrivé à saisir le lien qui rapproche et unit ces différents états morbides. Nous avons été ainsi amené à abandonner les doctrines généralement reçues et à nous ranger à l'opinion qui vient d'être exposée. Cette opinion trouvera sans doute de nombreux contradicteurs, mais tout observateur sérieux soutiendra avec nous qu'il y a au moins lieu de modifier dès maintenant les idées admises jusqu'ici sur ces divers sujets.

BIBLIOTHÈQUE

Des opérations plastiques sur le palais chez l'enfant, leurs résultats éloignés, par M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse). — Paris, F. Alcan, 1889.

Une des lacunes qui restent souvent dans les observations d'opérations plastiques sur une région quelconque, au palais comme ailleurs, c'est le résultat éloigné. On opère, le malade guérit, et au bout d'un temps variable, trois mois, six mois, l'opéré quitte le chirurgien, qui le perd de vue. Que devient à la longue le résultat opératoire? La perte de substance de la voûte palatine, une fois comblée, reste-t-elle ainsi? Ou bien, comblée en partie, se ferme-t-elle complètement, ou s'agrandit-elle? C'est ce qu'il est difficile de savoir.

A ce point de vue, M. le docteur Ehrmann, qui a suivi ses opérés pendant plusieurs années, a donc pu écrire un mémoire des plus intéressants sur les résultats éloignés de l'opération, leur influence sur la forme de la voûte palatine, sur le rapprochement des deux moitiés de l'arcade dentaire, sur la courbure de celle-ci, sur les fonctions de la bouche, etc. Les modifications survenues dans la forme de la voûte palatine sont d'autant plus appréciables que l'auteur a pris soin de prendre de temps en temps des empreintes sur ses opérés. La reproduction de ces empreintes par la photographie n'est pas parfaite sans doute, mais elle donne une idée suffisante des points qu'il importait de connaître.

En couronnant ce mémoire, œuvre de longue haleine, l'Académie des sciences n'a fait que ratifier l'impression produite par sa communication au troisième Congrès de chirurgie, en 1888 — L.-H. Petit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 février. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement du pied-bot. — Désarticulation inter scapulo-thoracique. Anus iliaque.

M. Lucas-Championnière dépose deux observations intitulées : « Prostatite calculeuse ; — Epingle à cheveu dans la vessie », envoyées par M. Etienne (de Toulouse)

M. Terrillon dépose une observation de M. Duret relative à un cas d'extrophie de la vessie.

M. Lucas-Championnière fait un rapport sur deux mémoires envoyés par MM. Romiceanu (de Bucharest) et Piéchaud (de Bordeaux). Il fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans sa pratique et l'importance qu'il y a à ne pas craindre les ablations larges. Sa première opération date de 1883, époque de la commnnication de Beckel; depuis ce moment, il en a pratiqué huit; l'intervention est, du reste, si bénigne que l'on peut traiter de cette manière même des malades qui auraient guéri par d'autres moyens.

M. Romiceanu était autrefois partisan des sections tendineuses et du traitement par les appareils. Remarquant qu'il y avait de nombreuses récidives et beaucoup de résultats incomplets, il changea se manière de faire et pratiqua de larges ablations osseuses. Sur onze opérations, il a eu dix guérisons complètes et une mort par méningite intercurrente.

La section du tendon d'Achille peut être indiquée; celle des autres tendons est rarement utile, celle des ligaments toujours inutile. Ce qui est nécessaire, c'est d'enlever tous les os du tarse qui gênent la réduction, et les résultats sont d'autant meilleurs que l'ablation a été plus complète. Que l'on opère un enfant ou un adulte, il vaut toujours mieux enlever plusieurs os qu'un seul. Il faut, par contre, absolument éviter de toucher à la malléole externe.

M. Nélaton a beaucoup insisté sur l'existence d'une cale osseuse externe; probablement cette cale est loin d'avoir toute l'importance qu'il lui accorde, et sa seule extirpation ne doit pas permettre un redressement complet du pied.

Quelque large que soit l'ablation, elle ne compromet pas la solidité du pied pour l'avenir. Quelquefois M. Lucas-Championnière ne met pas d'appareil plâtré après l'opération. Il est cependant très difficile de bien choisir le moment où des mouvements deviennent nécessaires; pour lui, il faut commencer à en faire exécuter de très bonne heure.

M. Romiceanu recommande d'opérer les pieds-bots congénitaux vers dix-huit ou vingt mois et fait une seule incision.

M. Piéchaud a rapporté trois observations : pied-bot double chez un enfant de 2 ans 1/2, pied-bot unique sur un autre de 12 ans.

Si plusieurs incisions sont nécessaires pour manœuvrer à l'aise, il ne faut pas hésiter à les faire, car elles guérissent par première intention.

Il faut maintenir le pied latéralement pour empêcher la production d'entorses et appliquer une bottine pourvue de tuteurs latéraux. Les courants continus et faradiques sont utiles si les muscles sont malades.

En examinant un pied traité par le procédé que préconise M. Lucas-Championnière, on voit que la longueur est diminuée, mais que la hauteur est la même que du côté opposé; la malléole externe ne gêne pas par sa longueur, ainsi que l'on pouvait le craindre. Ordinairement, il n'y a ni déformation, ni claudication.

Sur ces huit opérations, M. Lucas-Championnière a eu six succès complets, deux résultats médiocres et un résultat définitif très lent. Les échecs tiennent soit à une opération incomplète, soit à l'atrophie musculaire. Les opérés ont marché au bout de six semaines. S'il n'y a pas de suppuration, et on peut l'éviter, ces larges ablations osseuses n'offrent pas plus de dangers qu'une ténotomie.

Chez les très jeunes enfants, il y a parfois quelques difficultés tenant à leur indocilité et à leur susceptibilité vis-à-vis des antiseptiques. Cependant, il faut les traiter de la même manière, et, si l'on agit avec précaution, il n'y a pas à craindre les intoxications médicamenteuses.

L'extirpation de l'astragale et des autres os du tarse qui causent la difformité est le véritable traitement du pied-bot.

M. Berger a fait six opérations de pied-bot par cette méthode. Il a enlevé deux fois l'astragale sur le même sujet, trois fois l'astragale et une partie du calcanéum, une fois ces deux os et le cuboïde. Il a beaucoup mieux réussi dans les derniers cas que dans le premier, où l'enroulement du pied a persisté; jamais il n'a eu de mouvements de laté-

ralité. M. Berger emploie une grande incision faite sur le côté externe de la face dorsale du pied et cherche à obtenir la guérison avec un seul pansement et sans appareils immobilisateurs autres qu'une attelle plâtrée peu serrée. La marche est facile après cinq semaines et les tuteurs latéraux inutiles.

— M. Berger rapporte une observation de *désarticulation inter-scapulo-thoracique* communiquée par M. Lévis (de Broocklyn). Le malade est un homme qui avait fait, un an et demi auparavant, une chute sur l'épaule; à ce moment, on avait constaté une fracture de l'humérus compliquée de luxation. La douleur et le gonflement ayant persisté un temps anormal, M. Lévis examina le patient et constata l'existence d'un ostéosarcome volumineux de l'articulation. Il se décida à faire aussitôt la désarticulation inter-scapulo-thoracique. La ligature de la sous-clavière fut difficile, car la tumeur l'avait refoulée en dedans et en bas. On fit la résection des deux tiers externes de la clavicule. Malgré un choc opératoire intense, la guérison survint par première intention.

M. Berger fait remarquer que la ligature de la sous-clavière aurait été plus facile si M. Lévis avait fait la résection de la partie moyenne de la clavicule. L'opération est bénigne dans les cas pathologiques, tandis qu'il est loin d'en être de même dans les cas traumatiques; elle permet de compter sur une récidive moins prompte des tumeurs que la simple désarticulation de l'épaule. Le malade, sujet de l'observation, opéré depuis un an, n'a pas encore de récidive.

— M. Berger fait un autre rapport sur un cas de *Rétrécissement du rectum d'origine inflammatoire guéri par l'électrolyse*, observation envoyée par M. Lecerf. La malade avait eu, dix ans auparavant, des accidents post-puerpéraux ayant déterminé l'apparition d'abcès ouverts dans le rectum. Le trajet fistuleux avait guéri spontanément, mais peu à peu étaient apparus les signes d'un rétrécissement qui avait fini par déterminer des phénomènes d'obstruction intestinale. Les souffrances étaient très vives, l'amaigrissement excessif. Le rétrécissement laissait à peine passer une sonde du calibre nº 20 de la filière Charrière et siégeait à 9 cent. de l'anus. Craignant que la dilatation ne fût très lente et inquiété par les accidents d'obstruction intestinale chronique que présentait la malade, M. Lecerf recourut à la méthode de M. Le Fort, l'électrolyse. Il y eut 25 séances en six semaines; on eut soin d'augmenter peu à peu le calibre du cathéter métallique qui servait d'électrode. A ce moment, la malade, voyant son état très amélioré, quitta l'hôpital.

Malheureusement, on ne connait pas les suites ultérieures de l'observation. M. Berger pense qu'il ne faut employer l'électrolyse que dans les rétrécissements les plus simples, mais ne pouvant pas être traités par la dilatation. Pour lui, il est partisan de la rectotomie postérieure que la hauteur du rétrécissement ne contre-indique pas, car il en a opéré qui siégeaient à 12 et 14 cent. de l'anus.

— M. Berger fait un autre rapport sur une deuxième observation de M. Lecerf relative à un cas d'*Anévrysme traumatique de l'artère cubitale.* A la suite d'un coup de couteau, il se produisit, malgré la compression qui fut faite, une petite tumeur pulsatile au sommet de laquelle la plaie se rouvrit et laissa écouler du sang. On fit la ligature de la cubitale au dessus de la tumeur, mais il y eut à la suite un phlegmon de l'avant-bras. Les hémorrhagies continuant, M. Lecerf se décida à lier les deux bouts de l'artère, à gratter et à panser à la gaze iodoformée. La guérison survint en un mois.

Il aurait été peut-être mieux d'extirper le sac et de faire la réunion immédiate.

M. Trélat fait remarquer que, quand le sac est ouvert, il est préférable, après ligature des deux bouts, de gratter et d'enlever les parois de la poche et d'essayer d'obtenir la réunion par première intention. Quand on bourre une cavité un peu grande avec la gaze iodoformée, on s'expose à la suppuration.

— M. Reclus fait un rapport sur un mémoire de M. Jeannel consacré à l'étude de la *Colotomie iliaque en deux temps.*

Actuellement, la plupart des anus artificiels sont créés dans la région lombaire. L'opération est en effet beaucoup plus facile. Tout le monde est d'accord sur la néces-

sité qu'il y a de faire un éperon afin d'empêcher les matières de passer dans le bout inférieur; les procédés nouveaux permettent d'obtenir facilement cet éperon.

Doit-on pratiquer la colotomie en un ou deux temps. Maydl conseille de n'ouvrir l'S iliaque que lorsque le péritoine est fermé, afin d'écarter toute chance d'infection. On attire l'intestin au dehors pour arriver à voir le mésentère et on le maintient par une tige rigide qui passe au-dessous de lui. Le quatrième, cinquième ou sixième jour après l'opération, on incise l'S iliaque au thermo-cautère. Le treizième ou quatorzième jour, on enlève ce qui est au-dessus de la tige rigide.

Pour M. Reclus, la méthode de Maydl ne peut devenir le procédé de choix, car, quand l'obstruction est aiguë, il faut ouvrir immédiatement l'intestin, et c'est dans l'obstruction aiguë que, le tube intestinal étant plein de liquide, il y a surtout à craindre la souillure du péritoine. De plus l'anus iliaque, pratiqué en un seul temps, ne donne pas lieu, dans ces cas, à de la péritonite.

Le procédé de Maydl convient surtout pour les néoplasmes rectaux et les obstructions chroniques. Cependant, dans ce genre d'obstruction, les matières sont dures et moulées et l'infection beaucoup moins à craindre. La rapidité d'exécution est la même dans le procédé en question et dans la colotomie lombaire.

On a dit que les sutures faites dans cette dernière opération étaient facilement suivies d'abcès ; il est facile de les éviter en opérant antiseptiquement.

Un des avantages de la méthode nouvelle est de faire disparaître les épreintes et le ténesme, malgré l'absence d'ouverture de l'intestin. M. Jeannel et M. Reclus ont constaté ce fait à plusieurs reprises.

L'opération pourra donc être utile dans les cas où il ne sera pas nécessaire d'aller très vite.

M. Trélat préfère l'anus iliaque à l'anus lombaire ; l'opération est plus facile, mais aussi grave. L'établissement de l'anus iliaque peut être suivi du développement d'un phlegmon tout autour de l'orifice. Ce phlegmon se développe dans l'espèce de cloaque traversé par un fil qui existe entre le péritoine et la peau. Il faut suturer la muqueuse directement à la peau.

La méthode de Maydl est utile quand il ne faut pas agir rapidement.

M. Kirmisson regarde l'opération de l'anus iliaque comme très facile et très bonne. Il ne faut pas cependant abandonner l'anus lombaire, qui peut être utile quand la cause de l'obstruction siège dans la fosse iliaque. L'opération de Maydl est compliquée et peu logique, car la péritonite n'est guère à craindre. Elle expose à la sortie d'anses intestinales sous l'influence d'efforts.

M. Reclus fait remarquer que cette complication n'a jamais été notée.

M. Quénu signale des difficultés que peut apporter à l'anus iliaque l'adhérence d'une masse épiploïque.

— M. Terrillon présente un malade opéré d'hydarthrose par des irrigations phéniquées.

— M. Quénu présente un lipome de la grande lèvre.

FORMULAIRE

Elixir contre la dyspepsie gastralgique. — Huchard.

Chlorhydrate de cocaïne......	0 gr. 50 centigr.
Acide chlorhydrique médicinal.	2 50
Elixir de Garus	250 grammes.
Eau distillée..................	50 —

F. s. a. — Une solution dont on fait prendre un verre à liqueur après chaque repas, dans la dyspepsie qui s'accompagne de douleurs gastralgiques. — N. G.

COURRIER

Hôpitaux de Paris. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central s'ouvrira le lundi 25 mars 1890, à midi, à l'Administration centrale.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 24 février, à midi, sera clos définitivement le lundi 10 mars, à trois heures.

— Le lundi 17 mars, à quatre heures et demie, au siège de l'Union des femmes de France, 29, chaussée d'Antin, M. le docteur P. Bouloumié commencera un cours en huit leçons, qui sera continué les lundis et vendredis suivants, à la même heure, et portera sur toutes les questions inscrites au programme dressé par le ministre de la guerre. Il comprendra :

a. Exposé général de l'organisation et du fonctionnement du service de santé à l'intérieur et en campagne ;

b. Commentaires des lois, décrets, réglements sur le recrutement, l'organisation, l'administration de l'armée, l'état des officiers, l'organisation et le fonctionnement du service de santé ;

c. Notions sommaires d'hygiène militaire, de maladies des armées, de blessures de guerre.

Les médecins qui désirent suivre ce cours sont priés d'en informer M. le docteur P. Bouloumié, 36, rue de Penthièvre.

Les étudiants en médecine aspirant au titre de médecin auxiliaire y seront également admis.

Université de Montpellier. — *Fêtes du Centenaire.* — Les diverses commissions qui s'occupent de la célébration du sixième Centenaire de l'Université de Montpellier viennent d'arrêter dans ses grandes lignes le programme des fêtes qui auront lieu du 20 au 30 mai prochain. La veille, une grande retraite aux flambeaux parcourra les principaux quartiert de la ville ; le lendemain, les étudiants et les professeurs étrangers sont reçus dans la salle des fêtes du nouveau palais universitaire. Cette réception sera suivie d'une visite aux nouveaux locaux réservés aux Facultés. Le second jour, le Président de la République présidera, dans la salle du théâtre, la grande séance de la célébration du sixième Centenaire. Puis les étudiants se rendront à la promenade du Peyrou, où un drapeau leur sera remis solennellement. Un cortège historique sera organisé. Le sujet choisi est la soutenance des thèses doctorales de Rabelais et de Rondelet à Montpellier en 1537. Il y aura, en outre, des visites aux établissements universitaires, aux hôpitaux, à l'Ecole nationale d'agriculture, aux musées, aux bibliothèques, et des concerts sur les promenades publiques. On inaugurera plusieurs bustes de professeurs aux Instituts de botanique, de pharmacie et de chimie. Les soirées seront occupées par une réception à l'hôtel de l'Académie, par un bal offert par la ville dans la salle du théâtre, par un banquet auquel assistera le Président de la République, par une représentation de gala au théâtre. *(Progrès médical.)*

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou,* puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement des maladies chroniques de la moelle (1).

VI. — La suspension (Suite).

d) Résultats obtenus dans l'ataxie. — Nous ne pouvons donner ici en détail les chiffres publiés par tous les médecins qui ont appliqué la suspension au traitement de l'ataxie. Nous signalerons simplement les principaux et réunirons, dans un résumé rapide, l'ensemble des résultats obtenus.

Au 15 mars 1888, à la polyclinique du professeur Charcot, on avait réuni les observations d'environ 115 ataxiques auxquels on avait appliqué la suspension; 60 cas n'ayant pas été traités assez longtemps doivent être éliminés, car il faut qu'il y ait au moins 10 séances pour que l'on puisse dire que le traitement a échoué. Restent 50 tabétiques ayant subi plus de 10 à 15 suspensions ou ayant été améliorés avant que ce chiffre ait été atteint. Sur ce nombre, on a noté 38 améliorations, 7 échecs, 5 accidents.

Les ataxiques très jeunes ou très vieux ne retirent habituellement que peu d'avantages du traitement; plus l'état général est bon, meilleur est le résultat. Une amélioration qui se prononce rapidement dès les premières séances est d'un bon augure. Quelquefois l'amélioration reste stationnaire vers la dixième séance et ne s'accentue ensuite que vers la quinzième ou la vingtième. L'origine syphilitique ne paraît pas avoir d'influence. Les symptômes céphaliques, paralysies oculaires, phénomènes laryngés ou encore crises gastriques, semblent le plus souvent résister au traitement. Au contraire, l'incoordination motrice, les douleurs fulgurantes, les troubles vésicaux divers, la faiblesse générale, le signe de Romberg sont favorablement influencés.

Tiberghien a traité 26 tabétiques, 19 ont subi plus de 10 séances; sur ces 19 malades, 17 ont été améliorés à des degrés divers, 2 n'ont retiré aucun bien du traitement.

Ladame a expérimenté sur 16 ataxiques, dont 12, au moment où il a publié son mémoire, avaient été suspendus plus de 10 fois; pour 1 ou 2 malades, il a eu des résultats excellents, l'amélioration portant surtout sur l'atténuation des douleurs fulgurantes, des troubles de la miction et l'insomnie. Dans 2 cas, on a noté la disparition du signe de Romberg. Dans quelques-uns les résultats ont été nuls. La plupart des malades se sont améliorés rapidemenl après les premières séances; puis, après cette amélioration, due peut-être à une cause psychique, il y a eu une aggravation momentanée des symptômes, puis, enfin, une amélioration tardive, parfois

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19, 31 décembre 1889 et 4 février 1890.

notable. Ce n'est jamais qu'entre la vingtième ou la trentième séance que cette seconde amélioration, peut-être définitive dans certains cas, se manifeste ordinairement.

Dans un de ses cas, Motchoutkowski a eu une amélioration considérable. Le patient était atteint d'incoordination motrice portée à un très haut degré, le signe de Romberg, l'impuissance, les difficultés de la miction étaient très prononcés. Actuellement le malade a cessé tout traitement depuis cinq ans et exerce à Odessa la profession de chef de la station des voitures publiques; il fait des courses de 3 à 5 kilomètres chaque jour.

Eulenburg et Mendel ont noté des améliorations diversement réparties du sommeil, de la locomotion, de l'état général, des douleurs, de l'impuissance, etc.

Haushalter et Adam, sur 6 cas de tabès, ont eu quatre fois une amélioration portant sur la marche, les douleurs, le signe de Romberg ou les troubles vésicaux; jamais ils n'ont vu les symptômes morbides disparaître complètement, et ont toujours vu persister les signes de Westphal et celui d'Argyll-Robertson.

Résumons les conséquences qui découlent de ces observations et du très grand nombre que nous pourrions citer encore. Le symptôme le plus fréquemment et le plus rapidement amendé est l'incoordination motrice; le désordre de la marche est moins grand, surtout immédiatement après les séances. La photographie instantanée a permis de constater graphiquement cette amélioration dans le service de Dujardin-Beaumetz. La fatigue qu'amène la marche diminue beaucoup, en même temps que le signe de Romberg devient moins net et peut même disparaître complètement.

La force musculaire augmente (Motchoutkowski).

Les troubles de la sensibilité sont très améliorés. surtout les douleurs fulgurantes qui, quand elles réapparaissent plus tard, sont moins fortes et moins fréquentes (Balaban). Leur diminution permet de diminuer ou de cesser l'usage de la morphine.

Très souvent on a noté un amendement très notable du côté des troubles de la miction. Les forces viriles reviennent et les érections réapparaissent. La constipation, les troubles gastriques s'amendent parfois; cependant on a vu des crises gastriques se produire dans le cours du traitement (Eulenburg et Mendel).

Pour l'amblyopie, les avis sont partagés. Galezowski a insisté sur ce fait que la suspension n'a pas d'action sur les lésions dépendant des altérations des centres; Balaban, Abadie ont noté la diminution de l'amblyopie, tandis qu'Eudenburg et Mendel l'ont vu survenir pendant le traitement. M. Moutard-Martin a vu diminuer les troubles moteurs oculaires.

Enfin l'état général subit une très heureuse influence à la suite du traitement; la respiration est plus active, le pouls relevé, le sommeil meilleur.

Le réflexe rotulien n'est que très rarement influencé.

Il ne faut pas croire que la plupart des malades voient ainsi les principaux symptômes diminués; les améliorations sont pour ainsi dire dissociées; et nous ne pouvions mieux faire, pour donner une idée de ce qu'on observe, que de citer les résultats obtenus par Eulenburg et Mendel. Sur 34 malades, dont 21 régulièrement observés, il y a eu amélioration du signe de Romberg 14 fois; des troubles vésicaux, 14 fois; des douleurs, 10 fois; de la locomotion, 9 fois; de l'état général, 16 fois; des paresthésies

et hyperesthésies, 8 fois; de la puissance virile, 3 fois; 5 malades n'eurent pas d'amélioration.

Après quelque temps, la suspension épuise son effet (Balaban); quand il y a eu trois ou quatre dizaines de séances, il peut survenir une aggravation. Il faut alors arrêter pendant une quinzaine de jours et recommencer ensuite, s'il y a lieu. La méthode ne convient pas à la première période du tabès, mais seulement aux deuxième et troisième. On est imparfaitement fixé sur la durée réelle des résultats obtenus, sur l'influence du traitement relativement à la durée de la maladie. On peut cependant dire que, dans les cas où l'amélioration est remarquable, il faut penser aux pseudo-tabès dont le diagnostic est parfois si difficile.

e) Résultats obtenus dans les maladies diverses du système nerveux. — Nous citerons quelques-uns des essais tentés afin de donner une idée du sens dans lequel les tentatives nouvelles peuvent être dirigées.

Charcot : Effet favorable dans 2 cas d'impuissance neurasthénique; 9 sujets atteints de paralysie spasmodique (dont 3 scléroses en plaques) voient la rigidité des membres s'amender, sauf 1 cas où il y a eu un accident; une grande amélioration du sommeil, du sentiment de chaleur et de la rigidité des membres dans 1 cas de paralysie agitante; 3 cas de maladie de Friedreich, pas d'amélioration après 6 séances.

Haushalter et Adam : 3 cas de myélite diffuse, 2 améliorations réelles; 2 cas de paraplégie spasmodique, 1 amélioration, 1 succès; 1 cas d'athétose double, 1 échec; 2 cas de névrose traumatique, 1 succès complet, 1 grande amélioration; 6 névralgies ou états douloureux divers, 4 améliorations; 1 cas d'incontinence nocturne d'urine, amélioration; 2 cas d'hystérie, 2 améliorations; 2 cas d'hypochondrie, 2 améliorations.

Les auteurs ont vu s'amender : 1° la *douleur* dans le tabès, les myélites diffuses, les névroses traumatiques, le rhumatisme musculaire; 2° l'*anesthésie ou les sensations anormales* dans les myélites diffuses, les névroses traumatiques; 3° des *symptômes moteurs*, l'ataxie dans le tabès, la paralysie des membres dans le tabès, les myélites diffuses, la neurasthénie, l'hystérie. des phénomènes spasmodiques dans la paraplégie spasmodique ou les contractures hystériques; 4° des symptômes vésicaux, tels que parésie du sphincter dans le tabès, incontinence nocturne d'urine idiopatique; 5° des *symptômes génitaux*, tels qu'impuissance et spermatorrhée, érection nocturne persistante et priapisme; 6° des *symptômes cérébraux ou psychiques*, tels que crises de sommeil dans l'hystérie, peur de la foule, sensation d'effondrement ou de vide cérébral, émotivité chez des neurasthéniques.

Farge (d'Angers) : Amélioration des mouvements de la colonne dans une cyphose chez un acromégalique (*Progrès*, 89, 27, p. 2, note).

Hammond : Amélioration dans 1 cas de sclérose médullaire antérolatérale et dans 2 cas d'impotence fonctionnelle.

De Renzi : Grande amélioration dans 1 cas de mélingo-myélite chronique.

Darier : Bons résultats dans 4 cas d'atrophie du nerf optique (cité par Ruault d'après *Wien. Med. Press.*)

Dana : Amélioration dans des cas de paralysie persistante, de myélite dorsale transverse, d'hémiplégie cérébrale, de maladie de Friedreich.

Régis : Accroissement de l'activité fonctionnelle physique et mentale chez

des paralytiques généraux, 1 amélioration et 1 échec dans 2 cas de lypémanie.

Ladame : Une maladie de Friedreich améliorée.

Tiberghien : Grande amélioration dans la neurasthénie; quelques cas très améliorés dans la sclérose en plaques, disparition des symptômes de compression dans un cas de mal de Pott; amélioration notable dans 1 cas de sclérose latérale amyotrophique.

D'après ces résultats, et nous pourrions encore en citer d'autres, on voit que l'on est autorisé à essayer la suspension dans un grand nombre de maladies différentes du système nerveux; l'étude du mécanisme, suivant lequel agit le traitement va nous montrer pourquoi la méthode est utile dans des cas si dissemblables.

Mode d'action. — Les principales hypothèses proposées ont été passées en revue par Balaban. De ses expériences, Motchoutkowski a conclu que la moelle épinière s'allonge; il a pratiqué une ouverture entre les apophyses épineuses de la cinquième et de la sixième vertèbres, et jugé ainsi de ce qui se passait dans le canal rachidien. Regardant alors pendant la suspension, il a vu que les parties contenues dans la colonne changeaient leurs rapports et que les points de repère placés sur les vertèbres et sur la peau au même niveau étaient descendus de 14 millimètres au-dessous de ceux placés sur la dure-mère. La colonne vertébrale, dans son ensemble, était allongée de plus de 2 centimètres 1/2, à partir de la deuxième vertèbre jusqu'à la quatrième lombaire. Les racines postérieures devenaient verticales. Une expérience pratiquée sans excision de la partie postérieure de la colonne a donné les mêmes chiffres. Tout le corps, y compris les membres inférieurs, s'allonge de 2 centimètres 1/2 à 5 centimètres. Les racines nerveuses, surtout les postérieures, sont faiblement tendues; la tension du liquide rachidien est accrue. Au début des séances, quand les malades contractent leurs muscles, l'allongement est moins grand. M. Motchoutkowski pensa naturellement que la suspension agissait comme l'élongation des nerfs, atteignant de plus que cette dernière les racines et la moelle elle-même. Mais comment agit l'élongation elle-même? Est-ce par une action dynamique retentissant sur tout le système nerveux? Est-ce en augmentant la tension collatérale dans la circulation, en étirant les vaisseaux et, par conséquent, en activant la circulation collatérale dans les parties non encore modifiées des cordons postérieurs? Tout cela est loin d'être élucidé?

Le professeur Charcot pense, avec Motchoutkowski, que les modifications dans la tension sanguine et dans la circulation collatérale des vaisseaux médullaires et méningés, par suite de la distension vasculaire et de l'écartement des vertèbres, ont une grande importance.

Pour Dujardin-Beaumetz, il y aurait, au contraire, une action anémiante sur la moelle épinière. Il faut, avant tout, dans l'ataxie, diminuer la congestion de la moelle et de ses enveloppes, c'est pourquoi la méthode de Pichery est contre-indiquée.

Althaus attribue à la suspension le déchirement d'adhérences méningitiques existant au niveau des cordons postérieurs et la rupture de la névroglie sclérosée. La circulation deviendrait plus facile dans la moelle et dans ses enveloppes, et la nutrition des tubes nerveux serait rétablie. La méthode agirait aussi sur le bulbe, d'où stimulation des centres vasomoteur, cardiaque et digestif.

Eulenburg et Mendel partagent les idées de Motchoutkowski, mais accordent, de plus, une certaine importance à l'effet moral.

Erb (d'Heidelberg) admet plutôt une influence générale portant sur tout le système nerveux, le cerveau et la moelle aussi bien que sur les nerfs périphériques.

Lombroso a fait des expériences sur les animaux (*Semaine méd.*, 1889, p. 410). Les uns ont été suspendus avec un poids quelconque pour se rapprocher, autant que possible, de la proportion qui existe chez l'homme entre le poids de la tête et celui du corps; les animaux ainsi traités ont succombé vers la dixième séance. A l'autopsie, il a trouvé de l'hypérémie et de petites hémorrhagies dans les méninges, dans la moelle spinale surtout, et dans la moelle cervicale. De plus, il a constaté, à l'aide d'une série de coupes colorées, l'existence de légères extravasations sanguines dans la substance grise voisine du canal central et une hypérémie généralisée de tout le système nerveux. Les autres lapins, soumis à la suspension simple, ne sont pas morts et n'ont pas présenté de lésions. Ces résultats démontrent que la suspension produit une forte hypérémie du système nerveux.

MM. Haushalter et Adam ont voulu vérifier les résultats obtenus par Motchoutkowski. Ils ont pratiqué sur 6 hommes, dont l'âge variait entre 20 et 40 ans, environ vingt séries de mensurations de la taille et de la colonne vertébrale avant et pendant la suspension. Ils ont obtenu les résultats suivants :

1° Chez un même individu, la taille mesurée avant la suspension, à plusieurs reprises, à des intervalles de plusieurs jours, ne présentait que des différences insignifiantes; l'écart le plus considérable a été de 5 millimètres;

2° Pendant la suspension, la taille était constamment allongée ; l'allongement a varié dans des limites comprises entre 1 centimètre et 2 centimètres 1/2 environ;

3° Quant à la colonne vertébrale dans son ensemble, elle était allongée pendant la supension chez 5 individus, raccourcie dans un cas ; toujours les différentes courbures de la colonne, mesurées avec des lames de plomb, étaient en grande partie redressées pendant la suspension.

La colonne cervicale était allongée constamment d'une longueur d'environ 1 centimètre à 1 centimètre 1/2; la colonne lombaire, d'une longueur de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres 1/2; la colonne dorsale était toujours raccourcie de 1 centimètre à 2 centimètres. Quelquefois, le raccourcissement de la colonne dorsale était si marqué qu'il y avait raccourcissement général.

Les modifications de longueur apparentes des divers segments s'expliquent par le redressement des courbures, et l'allongement apparent résulte de l'écartement qui se produit entre les apophyses épineuses cervicales et lombaires pendant la pendaison.

L'allongement de la taille peut s'expliquer en grande partie par le redressement de la colonne dans son ensemble; peut-être, cependant, y a-t-il un certain écartement du corps des vertèbres comparable à celui qui s'observe après un repos prolongé, lorsque les disques intervertébraux n'ont pas eu à subir de tassement résultant de la station ou de la marche.

Haushalter et Adam ne croient pas que l'écartement des corps vertébraux puisse dépasser ce qui se produit à l'état physiologique à cause de la puissance des ligaments intervertébraux, et de la résistance et de la toni-

cité de tous les muscles unissant les vertèbres entre elles. Sur le cadavre, l'action de la tonicité musculaire est supprimée et les expériences deviennent peu probantes.

D'après leurs observations, les membres inférieurs ne participent que d'une façon absolument insignifiante à l'allongement du corps.

Si on juge de la longueur du canal vertébral par la distance qui sépare les apophyses épineuses et les lames, elle serait plus considérable pendant la suspension que dans la station debout. Cependant, d'après des mensurations qu'ils ont plusieurs fois répétées, MM. Haushalter et Adam affirment que l'allongement du canal vertébral, dans la suspension, est bien inférieur à celui qui se produit quand le corps est courbé en avant, les jambes étant étendues, comme dans un profond salut, par exemple. Dans ces cas, la distance qui sépare l'occiput de la base du sacrum, mesurée sur les apophyses épineuses, a dépassé d'une quantité variant de 5 à 10 centimètres la même distance mesurée pendant la suspension. Des résultats thérapeutiques, au moins égaux à ceux de la suspension, pourraient donc, si l'on accepte les interprétations proposées par Motchoutkowski, Charcot, etc., être obtenus en faisant exécuter aux malades de grands mouvements de flexion.

En réalité, les expériences sur le cadavre peuvent seules renseigner sur ce que deviennent la moelle et les racines pendant la suspension. Ces expériences ont été faites avec le plus grand soin par Haushalter et Adam. Ils sont arrivés à constater que la dure-mère remonte un peu; que la moelle ne subit qu'un mouvement d'ascension à peine appréciable; que les racines, entre leur origine apparente et leur entrée dans le trou de la dure-mère, circulent le long de la moelle avec la même laxité pendant qu'avant la suspension; que les racines de la queue de cheval flottent très librement pendant l'opération; que les vaisseaux de la pie-mère ne sont pas modifiés dans leurs sinuosités ou leurs rapports avec la moelle.

De leurs expériences, les auteurs concluent que l'allongement du cana vertébral pendant la suspension; que l'allongement physiologique plus considérable amené par la flexion du corps en avant; enfin, que l'allongement obtenu par la traction sur la tête ou sur les jambes (condition qui se trouve réalisée dans certains traitements des déformations vertébrales) sont incapables de produire une élongation de la moelle, des racines, des nerfs, de la pie-mère et de ses vaisseaux. La suspension est incapable de rompre les adhérences qui, dans le tabès, pourraient exister entre la pie-mère et les cordons postérieurs.

Pour eux, à la suite de la suspension, on ne voit s'amender ou disparaître que des symptômes résultant de troubles purement dynamiques; le fait est incontestable quand il s'agit de névroses, et il semble vrai encore quand il s'agit d'affections organiques du système nerveux. « Dans la plupart des affections organiques du système nerveux, un certain nombre de symptômes, du reste variables, quelquefois transitoires et capables de s'amender sous des influences multiples, ne paraissent pas dépendre directement de la lésion, mais bien de modifications inhibitoires ou dynamogéniques apportées par la lésion dans des parties plus ou moins éloignées; d'autre part, certains effets symptomatiques répondant à des lésions organiques ne sont pas en rapport absolu avec l'intensité de la lésion. Il est fort probable que ce sont ces troubles dynamiques dans les affections organiques de la moelle que la suspension modifie seule; ce qui le prouve en

partie, c'est que l'amélioration, quand elle doit se produire, arrive vite, se porte sur certains symptômes sans en atteindre d'autres et qu'elle arrive assez rapidement à un degré qu'elle ne dépasse plus et auquel elle se maintient plus ou moins longtemps: ce qui le prouve aussi, c'est que les améliorations obtenues par la pendaison sont de celles que l'on voit survenir spontanément durant l'évolution des maladies du système nerveux... Ces modifications dynamiques ne sont-elles pas le résultat d'un effet moral ? »

En somme, ce serait à la suggestion que reviendrait le principal rôle dans la suspension. C'est aussi l'opinion de Bernheim (Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, 1889), qui a obtenu de remarquables succès en suspendant les malades horizontalement par une ceinture fixée autour du corps. Il est bien évident que, dans ce cas, il ne pouvait être question d'élongation et que l'effet moral était seul en jeu.

Cependant, mentionnons, pour être complets, les résultats communiqués par Cagney, le 14 janvier, à la Société royale de médecine et de chirurgie (Londres). Pour lui, la suspension diminue les courbures; de plus, dans la région dorsale, les corps vertébraux tendraient à s'écarter et les apophyses épineuses à se rapprocher; en fait, il y aurait raccourcissement et non élongation du canal vertébral et de la moelle. La suspension allonge les nerfs splanchniques, ce qui serait la cause de certains des accidents observés (1).

Nous devrions terminer cette revue par l'exposé du traitement de la neurasthénie, mais, étant donnée l'importance de cette question, nous préférons ne pas l'écourter et l'étudier dans un article ultérieur.

Paul Chéron.

BIBLIOTHÈQUE

M. le docteur Lagrange a publié chez Félix Alcan, il y a deux ans, sous le titre *Physiologie des exercices du corps*, un ouvrage qui a été fort remarqué et qui vient d'ailleurs de recevoir la consécration d'un prix de l'Académie des sciences.

Il publie aujourd'hui, chez le même éditeur, *l'Hygiène de l'exercice chez les enfants et les jeunes gens*, qui fait suite au premier, dont il représente en quelque sorte l'application pratique. Dans le précédent volume, l'auteur avait pour objectif d'exposer les effets physiologiques de l'exercice musculaire; dans celui-ci il distingue, parmi ces effets, ceux qui sont d'accord avec l'hygiène et ceux qui s'écartent de ses lois. M. Lagrange les classe en exercices naturels et exercices artificiels; puis il les étudie au point de vue de leur adaptation à la nature des sujets et aux résultats qu'on veut obtenir.

Nous recommandons particulièrement la lecture des chapitres consacrés à la gymnastique athlétique, la gymnastique hygiénique, les exercices en plein air, la gymnastique orthopédique, l'éducation des mouvements, la gymnastique des filles.

Les applications et précautions devaient particulièrement appeler l'attention du médecin, et l'auteur donne de très utiles indications sur les dangers de l'exercice, la fatigue chez les enfants et les adolescents, l'entraînement préalable, le rôle hygiénique et moralisateur de l'exercice, l'hygiène du cerveau, l'éducation du courage, etc.

(1) Depuis l'impression de la première partie de cet article, nous avons eu connaissance des travaux de Cagney (Soc. roy. de méd. et de chir. Discussion dans la séance du 28 janvier 1890); de Lewis Heckey, Short, Mitchell Clarke (*The British med. Journal* et *The Practitioner*, 1889. — Analysés dans le *Neurol. Centralb.*, nov. et déc. 1889).

Ce livre intéressera non seulement les éducateurs et les médecins, mais tous les pères de famille qui ont besoin de connaître l'importance d'une éducation physique bien dirigée et de la surveiller autant que l'éducation intellectuelle de leurs enfants. Il intéressera également nos officiers : l'armée est maintenant une grande école que traversent tous les jeunes gens; on doit les soumettre à un entraînement physique raisonné, d'après des règles que M. Lagrange formule avec une précision remarquable et dont l'inobservation peut amener les accidents les plus déplorables et les conséquences les plus funestes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un travail intitulé : *La rougeole Oyonnax en* 1889, par M. le docteur Fiessinger;

2° Une lettre du président de la Commission de la Chambre des députés, chargée d'étudier le travail des femmes et des enfants, demandant l'avis de l'Académie sur le travail de nuit;

3° L'ampliation du décret autorisant l'Académie à accepter le legs Nativelle.

— M. JACCOUD communique le relevé des cas de *grippe* observés dans son service en décembre et janvier derniers.

Le nombre total des cas a été de 42, dont 34 hommes et 8 femmes.

Ces 42 cas se divisent ainsi : 1° grippe simple sans manifestation catarrhale ni congestive; fièvre avec douleurs et phénomènes nerveux, 13 cas, 9 hommes et 4 femmes; 2° avec symptômes gastro-intestinaux, 2 cas chez des hommes; 3° avec bronchite simple; 7 cas chez des hommes; 4° avec congestion pulmonaire, 6 cas, 5 hommes et 1 femme, 5° avec bronchite capillaire, 1 cas chez 1 homme; 6° avec pneumonie ou broncho-pneumonie, 12 cas, 9 hommes et 3 femmes; 7° avec pleurésie sèche bilatérale, 1 homme.

Les décès ont été au nombre de 3, 2 femmes et 1 homme.

Chez les deux femmes, l'autopsie a démontré une hépatisation fibrineuse : lobaire dans le premier cas, en noyaux disséminés dans le second.

Chez l'homme, il y avait une bronchite capillaire, sans noyaux d'hépatisation.

Les recherches bactériologiques ont été faites par M. Ménétrier. Dans les 12 cas de pneumonie et de broncho-pneumonie et dans le cas de bronchite capillaire, les crachats renfermaient en abondance le pneumocoque de Fraenkel; c'est également ce pneumocoque qui a été trouvé dans les pièces des trois autopsies. Il n'existait pas seul; chez les deux femmes, il était associé au streptocoque, et chez l'une d'elles, en outre, au staphylocoque blanc. La lésion étant à la période de suppuration, cette association ne peut surprendre.

Quant à l'autopsie du malade mort de bronchite capillaire, elle a montré l'association du pneumocoque de Fraenkel avec le pneumo-bacille de Friedlænder.

Chez un des malades qui ont guéri, la pneumonie a coïncidé avec une *otite purulente* à pneumocoques.

Dans les 6 cas avec congestion pulmonaire, les pneumocoques ont fait défaut dans les produits d'expectoration; ils ont également manqué dans les 7 cas de grippe avec bronchite.

En résumé, les recherches ont démontré la présence du pneumocoque dans les 13 cas des groupes 5 et 7.

Ces résultats sont les mêmes que ceux signalés par M. Ménétrier, dans sa thèse de 1886 sur les pneumonies grippales.

Ces faits fournissent deux enseignements sur lesquels il faut insister.

En réunissant les 11 faits étudiés par M. Ménétrier, en 1886, aux 12 cas ci-dessus, on a 23 cas de pneumonie ou de broncho-pneumonie consécutive à la grippe; dans tous,

on trouve les mêmes lésions et le même microbe. Ainsi est justifiée la doctrine soutenue par M. Jaccoud, en 1884, de l'identité des pneumonies primitive et secondaire.

En second lieu, l'absence de pneumocoques dans les crachats des malades affectés de congestion pulmonaire confirme les conclusions de M. Jaccoud en 1887; l'absence du pneumocoque dans des crachats, d'apparence cependant pneumonique, est un bon signe différentiel précoce entre la fluxion de poitrine et la pneumonie.

— M. Mosny lit une observation de *broncho-pneumonie érysipélateuse sans érysipèle externe*. M. Straus, en 1879, en a publié une observation; la détermination pulmonaire était survenue dans le cours d'un érysipèle.

La pneumonie, dans le cas de M. Mosny, apparut chez une malade qui soignait un homme atteint d'érysipèle de la face. Il y avait un foyer limité de broncho-pneumonie dans lequel, par l'examen direct et les cultures, on ne trouva que les streptocoques caractéristiques de l'érysipèle. Les expériences d'inoculation ont donné des résultats confirmatifs. Il s'agissait donc d'une broncho-pneumonie érysipélateuse primitive.

— M. Périer rapporte une observation de *Résection de l'apophyse transverse* de la septième vertèbre cervicale, hypertrophiée et saillante dans le creux sous-claviculaire. La plèvre fut ouverte. Après le pansement, il y eut, pendant onze ou douze heures, de la dyspnée, de l'emphysème sous-cutané et une douleur vive à droite de la poitrine, puis tout disparut et le malade guérit.

— M. Lucas-Championnière apporte la statistique de 14 cas de *fracture de la rotule*, traités par l'incision et la suture métallique. Il a obtenu, sans accidents, des résultats souvent excellents. Quatre fois il s'agissait de fractures anciennes, neuf fois de récentes, une fois d'une fracture itérative. On put permettre la marche vingt à vingt-cinq jours après l'opération quand la fracture était récente. La consolidation osseuse est parfaite, et il n'y a pas de différence de longueur entre les deux membres; une des opérations date de 1883. Quand la fracture a déjà été traitée par les méthodes ordinaires, le succès est habituellement moins complet.

— M. Laborde prend la parole sur les conclusions du rapport de M. Budin lu dans la dernière séance. Il propose d'ajouter au sublimé des quantités de sulfate de cuivre telles que les vomissements surviennent d'une façon irrésistible si l'on avalait la solution par mégarde. La solution titrée suivante lui semble répondre à tous les desiderata :

Bichlorure de mercure	0 gr. 25 centig.
Chlorure de sodium	1 gramme.
Sulfate de cuivre	1 —
Acide tartrique	0 gr. 40 centig.
Bleu soluble de Perkins	0 gr. 0,005 millig.
Eau distillée }	ââ 10 grammes.
Glycérine }	

On n'a qu'à verser cette solution dans un litre d'eau au moment de l'emploi.

M. Laborde demande aussi la substitution du mot *poison* au mot *toxique*.

M. Guéniot pense que conseiller aux sages-femmes l'emploi d'une drogue toxique peut engager la responsabilité morale et même matérielle de l'Académie. Il est fréquent de voir des accouchées atteintes de néphrite, de dysenterie, et l'emploi du sublimé est alors dangereux. Si une sage-femme est poursuivie pour une mort survenue dans ces circonstances, son avocat viendra dire que l'Académie force les sages-femmes à se servir de sublimé.

Les antiseptiques sont nécessaires en obstétrique, et le sublimé est le roi des antiseptiques, mais il est très dangereux, même dans des mains exercées. De plus, il détermine souvent des accidents désagréables, tels que la gingivite. A la surface des plaies arrosées par le sublimé, l'albumine se coagule et empêche en partie l'absorption. Mais il faut que le sublimé soit pur et non pas additionné d'acide tartrique.

M. Guéniot conseillerait volontiers l'acide phénique; il s'en est servi longtemps et n'a jamais eu ni mortalité, ni morbidité. Qu'il endorme seulement les microbes, comme l'a

dit M. Nocard, ou qu'il les tue, peu importe, puisqu'il les rend inoffensifs. Il est vrai qu'il ne convient pas aux enfants.

Le thymol pourrait encore être employé avantageusement.

M. Charpentier réclame pour les sages-femmes, la liberté du choix de l'antiseptique. Le sublimé est le plus dangereux et c'est le seul que la Commission permette! Il ne faut pas l'employer chez les éclamptiques, les albuminuriques, les cardiaques, les anémiques par une grave hémorrhagie, quand la rétention du placenta a nécessité de nombreuses manœuvres. Les vieilles sages-femmes, en maniant mal le sublimé, seront aussi dangereuses qu'en ne faisant pas d'antisepsie.

L'acide phénique à doses modérées (1 à 2 p. 100), le sulfate de cuivre à 1 p. 100, sont presque inoffensifs et très efficaces. Il en est de même du thymol, du naphtol.

Pourquoi défendre les antiseptiques aux sages-femmes, quand on leur permet la morphine, le chloroforme, la strychnine.

M. Charpentier propose les conclusions suivantes :

1° Les sages-femmes doivent vis-à-vis de leurs malades et vis-à-vis d'elles-mêmes, s'astreindre aux règles les plus strictes de l'asepsie et de l'antisepsie.

2° Le choix de l'antiseptique est laissé à leur libre disposition; l'Académie, pourtant, leur recommande de préférence le sublimé sous forme de paquets, tels qu'ils leur seront délivrés par les pharmaciens.

3° Elles seront responsables des accidents qui pourront survenir dans leur clientèle, que ces accidents tiennent à leur incurie ou à une faute commise dans le maniement des antiseptiques.

4° Elles seront, dans ce cas, passibles d'une punition (suppression d'exercice, amendes, etc. etc.)

M. Trélat regarde l'acide phénique et le thymol comme très difficiles à bien manier. Le premier donne facilement des gangrènes quand on l'emploie trop concentré; le thymol se mélange mal. Le sublimé est bien supérieur. Le bi-iodure de mercure est encore préférable, mais seulement à l'hôpital, avec des aides spéciaux. L'acide phénique est irritant, infidèle, toxique et sent mauvais.

M. Budin reconnaît que l'adjonction d'un vomitif est utile contre les intoxications accidentelles. Quand il y a de la néphrite, de la dysenterie, les sages-femmes doivent appeler un médecin, et il en est de même s'il y a lieu de faire des lavages intra-utérins. M. Guéniot a maintenu le sublimé à la Maternité.

M. Guéniot fait remarquer qu'à la Maternité la solution est à 1/5000, qu'il n'y a pas d'acide tartrique et que le personnel est absolument d'élite. A la campagne, il est souvent impossible d'avoir rapidement le médecin.

M. Marty conseille les couleurs d'aniline comme colorant.

M. Brouardel pense qu'il faut d'abord décider si les sages-femmes peuvent, oui ou non, employer les antiseptiques. Le sublimé est celui de ces derniers qui est préférable.

A la suite de la discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées, en réservant la question de coloration et en substituant le mot poison au mot toxique.

— M. Lancereaux lit une note de M. Créquy, d'après laquelle les agents du chemin de fer de l'Est, exposés aux intempéries, ont été beaucoup moins atteints que les employés des bureaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 février 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *La grippe chez les enfants. — Rôle du streptocoque dans la grippe.*

M. Comby a observé, dans la dernière épidémie, 218 cas de grippe chez des enfants de 17 jours à 15 ans; les nouveau-nés jouissent d'une immunité relative. La population infantile de Paris a été atteinte dans la proportion de 40 p. 100, tandis que les adultes ont été frappés dans celle de 60 p. 100.

Bien qu'il ait observé des faits tantôt positifs et tantôt négatifs, M. Comby a plutôt l'impression que la grippe est contagieuse et conseille d'isoler, sinon tous les enfants atteints de la grippe, du moins les cas graves ou compliqués de pneumonie.

M. Comby a vu des rechutes, mais pas de récidives.

Voici les symptômes qui ont été notés par lui. Chez les nouveau-nés, somnolence et abattement; chez les autres, céphalalgie vive, quelquefois assez violente pour faire penser à la méningite, douleurs dans les membres, le dos, la poitrine, les genoux, quelquefois lombago prédominant. Plus rarement gastralgie et entéralgie, exceptionnellement délire nocturne et passager, convulsions, vertiges, lipothymies, torticolis.

Les troubles digestifs sont très fréquents. Nausées, vomissements, anorexie, soif vive, langue très saburrale; la constipation a été la règle; la diarrhée, l'exception; selles quelquefois fétides et terminales, une fois mélœnique.

L'existence d'une pharyngite érythémateuse diffuse explique la toux sèche et quinteuse.

M. Comby n'a pas trouvé de tuméfaction splénique. La fièvre est vive, sans frisson initial; la température vespérale va de 39° à 41°; l'hyperthermie est toujours passagère; les rémissions matinales très accentuées; la durée de la fièvre a été de vingt-quatre heures à quinze jours. Urines acides, rouges, épaisses, sans albumine, ni sucre.

La toux est causée plus souvent par pharyngite et laryngo-trachéite que par bronchite. Le coryza a été observé dans moins du tiers des cas, les épistaxis ont été peu intenses et relativement rares.

12 malades seulement sur 218 ont présenté des éruptions : herpès labialis, urticaire, érythème et miliaire sudorale, roséole, érythème scarlatiniforme ou morbilliforme.

M. Comby a vu 18 fois seulement la bronchite et 1 fois la broncho-pneumonie.

Les complications oculaires ont été vues 14 fois : conjonctivites catarrhales, hémorrhagiques, vésiculeuses, kératites.

Les complications auriculaires, 13 fois : otites bilatérales avec douleurs vives et surdité, otorrhées.

M. Comby a vu encore 1 cas d'arthrite tibio-tarsienne et 1 cas d'ictère catarrhal au déclin de la grippe.

En général, la convalescence est plus longue que la maladie.

M. Comby propose de distinguer à la grippe trois formes ou trois degrés.

1° Une forme atténuée, ambulatoire, qui, malgré une fièvre de 38° et une durée parfois de quinze jours, n'oblige pas les enfants à garder la chambre;

2° Une forme moyenne la plus fréquente : troubles nerveux et digestifs très accusés; fièvre vive; séjour forcé au lit;

3° Une forme grave : hyperthermie, prostration, délire, complications pulmonaires.

La bénignité de la grippe est incontestable chez les enfants. M. Comby n'a perdu qu'un malade sur 218, et la statistique municipale prouve que la mortalité infantile a été peu augmentée par la grippe.

Le diagnostic, facile en temps d'épidémie, peut cependant demeurer en suspens pendant deux jours avec la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde et la méningite.

M. Comby repousse toute parenté avec la dengue, tant les cas observés ressemblent aux descriptions, si fidèles et si complètes, léguées par les vieux historiens de la grippe.

Le traitement a consisté dans l'emploi de la quinine et de l'antipyrine, des vomitifs et purgatifs, de l'antisepsie intestinale avec le naphtol et le salicylate de bismuth en cas d'embarras gastrique et, pendant la convalescence, les toniques.

M. Laveran (du Val-de-Grâce) a toujours constaté la fièvre dans la grippe, quelquefois même assez intense et accompagnée d'un cortège capable de faire penser à la fièvre typhoïde. Il n'a jamais vu d'éruptions. La marche suivie par l'épidémie dans l'armée de Paris n'est pas en faveur de la contagion. Les malades étaient pris en même temps sur tous les points de la ville.

M. Cadet de Gassicourt insiste, comme M. Comby, sur la rareté relative et la bénignité de la grippe chez les enfants, qui n'ont eu que par exception des complications broncho-pulmonaires.

— M. Vaillard a, depuis la dernière séance, constaté, dans deux nouvelles autopsies de grippe, le streptocoque dans le sang et les viscères.

Dans un cas où il y avait péricardite, le staphylococcus pyogenes aureus était associé au streptocoque dans la sérosité du péricarde. Ainsi, sur 6 cas de grippe mortelle, il a trouvé constamment le streptocoque seul dans le sang, la rate, le poumon, et dans les liquides épanchés il existait toujours soit seul, soit associé au pyogenes aureus.

Sans être aussi affirmatif que Ribbert et Finkler, qui semblent enclins à considérer le streptocoque comme le microbe de la grippe, M. Vaillard pense qu'il joue du moins un rôle de premier ordre.

Les expérimentations sur les animaux ont montré à M. Vaillard que, chez les souris, l'inoculation de culture du streptocoque tue en trois à cinq jours avec pleurésie, péritonite, splénisation ou hépatisation pulmonaire.

Les expériences sur les lapins ont prouvé l'identité de ce streptocoque avec celui de l'érysipèle et des suppurations graves.

M. Duponchel attribue aussi au streptocoque le rôle prédominant dans la production des pneumonies grippales; c'est lui qu'il a trouvé et non le pneumocoque. De là l'allure clinique particulière des pneumonies grippales.

M. Netter pense, comme M. Vaillard, que le streptocoque trouvé dans les complications de la grippe est bien identique à celui des suppurations et de l'érysipèle. M. Netter l'a trouvé souvent, soit seul, soit associé au pneumocoque dans les pneumonies, pleurésies et otites grippales. Il a trouvé aussi le pneumocoque seul. Les complications de la grippe sont donc dues tantôt au streptocoque, tantôt au pneumocoque. Dans le dernier cas, il s'agit d'une pneumonie lobaire fibrineuse survenant dans la grippe, comme elle survient dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, le typhus récurrent.

Les autres pneumonies à streptocoques, celles dont ont parlé M. Duponchel et M. Vaillard, sont des broncho-pneumonies pseudo-lobaires, très difficiles parfois à distinguer des pneumonies vraies, même sur le cadavre.

Or, si la pneumonie est une maladie spécifique toujours due au pneumocoque, on peut rencontrer tour à tour dans les broncho-pneumonies, non seulement le pneumocoque vrai, celui de Frænkel, mais encore le streptocoque, le bacille de Friendlander, etc.

P. L. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des ntermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— M. le docteur Ricard, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, est chargé d'une mission pour étudier les progrès de la chirurgie en Allemagne.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

PHTHISIE. L'émulsion Marchais est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Traité de médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'Académie de médecine a adopté, et nous ne saurions trop l'en féliciter, les conclusions du remarquable rapport de M. Budin, tendant à autoriser les sages-femmes à se servir d'un antiseptique dans la pratique des accouchements. *Un antiseptique*, et pas autre chose. Ce que voulait la commission, répondant à un désir exprimé par le ministre, c'était mettre les sages-femmes en mesure de ne plus infecter leurs clientes par séries de 12 ou 15. Elle a simplifié, autant que possible, la question en désignant la substance qui, avec le plus d'efficacité, présentait le moins d'inconvénients. Aussi a-t-elle, par la voix de M. Budin et de M. Brouardel, répondu victorieusement aux objections de M. Guéniot, qui craignait que le sublimé, si utile dans son service de la Maternité et dans les autres services hospitaliers, ne devînt dangereux entre les mains des sages-femmes, et de M. Charpentier, qui demandait que le choix de l'antiseptique leur fût laissé. M. Trélat est venu au secours de la commission avec sa verve habituelle et la compétence que lui donnait son passage à la maternité de Cochin, et la partie a été gagnée.

Reste un seul point à résoudre. La solution sera-t-elle rouge ou bleue?

FEUILLETON

CAUSERIE

Syphilis et santé publique.

Vous voulez des histoires, chers lecteurs, eh bien, je vais vous en raconter. Seulement, je vous préviens qu'elles ne sont pas gaies et qu'elles ne vous feront pas voir l'humanité sous son beau côté. Elles sont tirées d'un petit livre fort intéressant et fort instructif que vient de publier M. le docteur T. Barthélemy sur la *Syphilis et la santé publique*.

Pour vous dire en deux mots ce que contient ce livre, je vais, en la modifiant un peu, vous donner la table des matières. Il s'agit des diverses manières dont les prostituées actuelles, les inviteuses, les filles de brasserie, contractent la vérole et la propagent ensuite. On y voit pourquoi, l'alcoolisme aidant, la syphilis est si grave chez ces malheureuses, et comment on devrait faire pour la prévenir et s'en garder. La syphilis n'est pas seulement dangereuse pour ceux qui la contractent directement; elle l'est encore pour l'entourage de ceux-ci. Cette syphilis des innocents (*syphilis insontium*, comme l'a appelée Fournier) est des plus terribles. Voici à ce sujet quelques histoires :

Un étudiant en droit, ayant contracté la syphilis avec une serveuse de brasserie, transmit la maladie accidentellement, par le simple contact du baiser, à sa sœur, âgée

Rouge, dit M. Budin, sans y tenir autrement. Bleue, répond M. Laborde, pour éviter qu'on la prenne pour du vin. Affaire de sentiment. Sera-t-elle amère, ou nauséeuse, ou émétique? Là encore, la discussion n'est pas terminée. De goûts et de couleurs..... Mais ce qu'il faut surtout, c'est que la couleur ajoutée aux petits paquets de sublimé ne tache pas trop le linge et les mains, car vous verrez les sages-femmes et les accouchées, surtout leurs familles, faire la grimace et proscrire le bon grain avec l'ivraie.

Autre objection. MM. Laborde, Colin et Marty désirent que, sur l'étiquette collée sur le paquet, il y ait la mention : *poison* et non *toxique*. Poison frappe davantage et n'expose pas à une erreur, qui consisterait à prendre *toxique* pour *tonique*, ce qui, paraît-il, est arrivé et a causé un accident grave.

Mais qu'il me soit permis de faire observer que, si une sage-femme, allant dans une maison de paysans et même de beaucoup de bourgeois, s'avise de laisser voir qu'elle se sert d'un poison pour soigner une femme en couches, elle s'exposera à être mise en suspicion et à être accusée, s'il arrive ensuite quelque accident, d'en être la cause. Peut-être la mettra-t-on simplement à la porte avec ses petits paquets?

Donc, il me semble qu'il vaut mieux mettre sur le paquet la mention : *toxique*. La sage-femme est la seule personne qui doive se servir des paquets au sublimé; il est très probable que toutes les sages-femmes savent la signification de ce mot, et il est inutile de lui en substituer un autre qui peut avoir l'inconvénient d'inquiéter les accouchées et leur entourage.

Plus de pansements.

Tel est le titre d'un article que M. le docteur Roux, chirurgien de l'hôpital cantonal de Lausanne, vient de publier dans le numéro de la *Revue médicale de la Suisse romande* de décembre 1889.

M. le docteur Roux, qu'on a fort applaudi au dernier Congrès français de

---

de 16 ans, et à sa grand'mère, âgée de 66 ans. Celle-ci en mourut cachectique dans le cours de la seconde année.

Un magistrat de province est contaminé pendant les relevailles de sa femme, relevailles « qui duraient trop ». Sa femme, avec laquelle il n'avait aucun rapport, est contaminée à son tour. Elle vient passer les vacances chez sa mère, à Paris; son frère, jeune homme de 22 ans, est contaminé. Il me fait examiner sa maîtresse, la seule femme qu'il ait vue jusqu'alors : elle est parfaitement saine. Trois mois après l'examen, cette jeune femme revenait avec de la céphalée, de la pâleur, et une roséole datant de quelques jours. .

Une petite fille de 3 ans présente le faciès de l'enfant syphilitique, des éruptions périanales et une glossite avec rhagades et fissures, considérées par Besnier comme très contagieuses. Le père et la mère sont complètement indemnes, mais ils ne s'occupaient presque pas de l'enfant, confiée aux soins de sa grand'mère et de sa tante.

Or la grand'mère, âgée de 69 ans, présente bientôt des syphilides pustuleuses généralisées, des plaques muqueuses pharyngiennes et anales. La tante, âgée de 17 ans, est dans le même état et de plus, malgré la virginité certaine, présente des plaques muqueuses à la vulve et à l'anus.

Cette jeune fille se marie à 18 ans 1/2, malgré les conseils qui lui sont donnés. A six mois, fausse couche. Elle redevient enceinte 4 mois après; nouvelle fausse couche à 3 mois.

M. Barthélemy se sert de ces exemples pour démontrer qu'on a bien tort, en face d'une

chirurgie pour sa hardiesse, son habileté et ses succès dans des opérations graves, s'est fait depuis le défenseur d'une méthode de pansement pouvant prendre pour devise la simplification à outrance.

La théorie sur laquelle il base la nouvelle méthode est assez logique, en somme. Voici les principaux points de son exposé et les résultats qu'il a obtenus.

Les salles d'opérations, les opérateurs, leurs aides, leurs instruments étant rendus aseptiques, il est difficile d'inoculer la plaie. Celle-ci étant fermée hermétiquement par la suture, il suffit de protéger cette suture par une simple bandelette de gaze iodoformée ou sublimée. On a d'abord supprimé le milieu nourricier pour les quelques microbes qui ont « forcé la consigne », en séchant autant que possible les surfaces cruentées ; c'est le but de l'hémostase minutieuse, des sutures étagées qui ferment les espaces morts et rendent inutiles les tubes à drainages. Les rares microbes introduits en contrebande par l'air de la salle d'opérations ne trouvent plus, pour se multiplier avant l'attaque, des caillots de sang, des masses de sérosité dans la profondeur de la plaie, dans les drains ou même dans le pansement. Dans la lutte avec les phagocytes et les tissus fraîchement oxygénés, ils ont bien des chances de succomber rapidement si leur nombre ne vient plus compenser leur faiblesse relative.

Persuadé de l'inutilité, dans la plupart des cas, des pansements « qui ressemblent parfois à un emballage aussi coûteux qu'inutile », M. Roux a fait quelques essais avec deux sortes de pansements, dont il appelle l'une le *pansement suturé* et l'autre la *suture pansement*. Il n'en est pas encore arrivé à prôner l'absence complète de tout pansement, mais cela viendra. Il nous l'a promis.

Pour ces essais, il s'est servi : 1° de gaze sublimée, exprimée encore dans le sublimé à 1 pour 1000.

Les pansements suturés, appliqués exclusivement sur des plaies non drainées, se composaient d'une bandelette de gaze iodoformée recouvrant la ligne des sutures et, suivant le degré prévu de suintement, d'une ou plu-

vérole, de se laisser aller aux idées préconçues et aux insinuations malveillantes : elle n'est pas toujours le « mal de paillardise ». La plupart du temps les vérolés, auxquels Rabelais se montrait si sagement compatissant, ne sont pas plus coupables que les autres : ils ont eu seulement moins de chance. Ces exemples démontrent de plus que les syphilitiques sont des malades dangereux et que la protection contre la syphilis doit être réglementée d'une manière absolument spéciale.

Si maintenant vous voulez savoir ce que deviennent les syphilitiques, lisez le chapitre suivant, consacré au pronostic, et frémissez ; non seulement la syphilis détruit la santé, mais on en meurt actuellement tout aussi bien que du temps de François Ier. Et que de fausses couches, que de familles anéanties par elle ! Notre ami M. Ribemont-Dessaignes a rapporté une observation constituant en l'espèce ce qu'on pourrait appeler « un comble », suivant l'expression à la mode. Cette observation est relative à une femme qui reçut la syphilis de son mari dès les premiers temps de son mariage, qui ne suivit aucun traitement, il est vrai, et dont 19 grossesses ont abouti à 19 morts ! Les 5 premières grossesses se sont terminées par expulsion d'enfants morts et macérés, et les 14 suivantes ont donné des enfants qui sont tous morts entre un et six mois.

Et que deviennent ceux que la syphilis n'a pas détruits d'emblée, les héréditaires? On ne le sait que trop bien depuis les remarquables leçons de M. Fournier. Ce sont des dégénérés qui meurent jeunes, en traînant une existence misérable, des rachitiques, atteints à un âge plus ou moins avancé d'affections graves, presque incurables, du cerveau, du poumon, du foie, etc.

sieurs bandelettes sublimées plus larges, ou de compresses dont la dernière était fixée à la peau à chaque coin, par un point de suture; quelquefois six points étaient nécessaires pour fixer aussi les bords de la compresse dans le milieu de sa longueur.

Ces pansements, faciles à appliquer, permettent de surveiller les alentours de la plaie, et, en cas d'inquiétude, d'assurer l'asepsie, après un ou deux jours, en les humectant de nouveau avec la solution à 1 pour 1,000. De plus, ils constituent une notable économie de matériel, n'abandonnent jamais la ligne des sutures et risquent beaucoup moins, dans certaines régions, d'être souillés (par capillarité) par l'imbibition de leurs bords, comme on l'observe parfois dans les pansements ordinaires.

Les malades ne se plaignent pas de douleurs par traction des points et ceux-ci ne sont jamais infectés. La traction douloureuse serait, du reste, un garde à vous! pour les patients qui se remuent trop. La suture du pansement ayant lieu en narcose, le reproche de cruauté ne peut-être adressé au chirurgien, pas plus que pour les points au moyen desquels on maintient écartées les lèvres d'une plaie pendant une opération.

Voici quelques-uns des cas dans lesquels le pansement suturé a été employé avec plein succès : 4 opérations radicales de hernies; 1 élongation sanglante du nerf sciatique; 2 résections de hanche, dont 1 chez un adulte; 10 laparotomies diverses; 4 opérations d'Alexander; 1 carcinome de la lèvre; 2 excisions de glandes inguinales; 1 lipome des parois abdominales, etc.

La suture-pansement consiste à placer sur le bord extérieur de chaque lèvre de la plaie une bandelette de gaze iodoformée double, large de 2 à 2 cent. 1/2 et à la comprendre dans la suture cutanée. Cette suture-pansement, exécutée par un procédé particulier, est un peu difficile à faire la première fois, mais, à mesure qu'on l'exerce, elle devient plus sûre et prend par la suite à peine quelques secondes de plus que la méthode ordinaire. Voici comment on la pratique :

1er temps : On commence par un point noué, et on réunit la base des

---

Que faire pour prévenir ces malheurs? Règlementer la prostitution, non la défendre, ce sera toujours impossible. « La prostitution. dit M. Barthélemy, a été de tous les temps, de tous les âges, de toutes les latitudes; ce n'est pas toujours la misère qui en est l'instigatrice. Elle a résisté à toutes les lois, à toutes les persécutions, aux puissances temporelles et spirituelles; qu'elles aient été prêtresses autrefois, ou bien qu'elles aient été brûlées vives, les prostituées sont aujourd'hui plus nombreuses que jamais. » — « Supprimez les prostituées, disait Saint-Augustin, vous troublerez la société par le libertinage. » Et nous pensons avec Théry que Saint-Augustin avait raison. La prostitution limite la débauche. On ne peut, en vérité, exiger de tous les hommes la chasteté jusqu'au mariage; la chasteté n'est souvent qu'affaire de tempérament.....

« De nos jours encore, qui soutiendrait sérieusement que la copulation joue un rôle moindre que la digestion? Pour notre part, nous croyons que ces fonctions ont toutes deux une grande importance, mais que, si l'une doit primer l'autre, ce n'est pas la digestion. Nous apercevons, toutefois, une différence : on mange au moins deux fois par jour; il serait peut-être difficile de soumettre, pour la fornication, un chacun à un régime analogue indéfiniment continué. Eh bien, si l'importance des fonctions est au moins égale, pourquoi se refuser à faire pour l'une ce que l'on a eu si bonne idée de faire pour l'autre? Pourquoi ne pas faire pour l'acte sexuel ce que le laboratoire municipal fait avec tant de succès *ad majorem sanitatem omnium* pour l'acte digestif? Ici, plus que partout, de par la gravité et la durée de l'empoisonnement, il importe d'em-

lambeaux affrontés au moyen de la suture du pelletier, en passant l'aiguille dans un petit tube de caoutchouc entre chaque point. — 2° *temps :* Arrivée au bout de la plaie, on revient en arrière en affrontant les bords de l'épiderme par un surjet, et on termine en nouant le fil avec le chef resté libre au point de départ.

On obtient ainsi un large affrontement d'une occlusion suffisante pour arrêter l'hémorrhagie consécutive. Pour enlever ce pansement, on soulève la bandelette par un de ses coins, et on coupe facilement entre elle et la peau tous les fils qu'on voit apparaître sur un côté de la cicatrice, et en enlevant l'autre moitié, on entraîne la partie des fils qui plonge dans les chairs.

Tranquillité du malade, sécurité du chirurgien, économie, tels sont les avantages de ce pansement qui, malheureusement, ne s'applique pas à tous les cas, mais bien aux plaies susceptibles de se fermer par première intention, ce qui, de nos jours, constitue une majorité de plus en plus accentuée.

Les opérations pratiquées de cette manière, avec réunion par première intention, sont : 2 opérations d'Alexander; 1 hystéropexie; 1 amputation de jambe au milieu (adulte); 2 goitres; 1 résection de hanche (12 ans); 1 élongation du nerf facial (tic convulsif); 1 arthrotomie du coude, avec résection du radius et de la capsule synoviale.

Telle est la dernière modification du pansement de Lister dont, à en croire M. Roux, « il ne restera bientôt plus que le souvenir... et le principe! »

Seulement... on doit se demander, avant de proscrire si radicalement le pansement de Lister, si la méthode de pansement que veut lui substituer notre confrère de Lausanne est d'une application aussi large. Comme il le pose lui-même en principe, le pansement *sans pansement* exige au préalable que l'opération soit pratiquée dans une salle dépourvue aussi totalement que possible de microbes, par un chirurgien, des aides, des instruments aseptiques. Mais ces conditions ne sont réalisables actuellement, et resteront longtemps encore ainsi, que dans un petit nombre d'endroits;

---

pêcher qu'il y ait tromperie sur la qualité, qu'il y ait adultération du produit et intoxication du consommateur. »

Il est impossible de plaider d'une façon plus originale et plus saisissante la cause de la réglementation de la prostitution. Mais nous laissons à M. Barthélemy la responsabilité de ses opinions. Il faut d'ailleurs protéger également les hommes et les femmes. Les hommes, contre les femmes, comme dans les cas suivants :

Une d'elles comparait en riant la syphilis à une pièce fausse qu'on cherche à faire passer en omnibus : « On me l'a bien donnée, disait-elle, pourquoi voulez-vous que ce soit moi qui perde? » C'est là un raisonnement naïf, mais dangereux.

Une autre nous a présenté récemment un cas qui était fort embarrassant à cause du secret professionnel : nous avions à l'informer qu'elle était atteinte de syphilis. Son amant, qu'elle n'a pas revu depuis deux mois, doit arriver d'Espagne la nuit suivante. « Jamais je ne le lui dirai, nous répond-elle; c'est impossible. Que pensera-t-il de moi? et puis, ma position en dépend! je ferai comme si je ne le savais pas, etc...... » Nous lui démontrâmes alors la gravité de sa conduite. Dans un mois, ce monsieur le verra; ce n'est donc que reculer ce qu'elle redoute, etc. Bref, la dame avoua tout, et le monsieur ne fut pas contagionné.

Ce fait montre bien qu'il n'est pas indifférent d'éclairer les malades sur la gravité du mal qu'ils peuvent propager, et que certaines femmes, si bas qu'elles soient descendues, sont encore susceptibles d'avoir de bons sentiments. Mais que penser des hommes comme ceux dont M. Barthélemy raconte les méfaits?

dans les hôpitaux enrichis de pavillons d'opérations contruits d'après les données les plus récentes de la science; dans les maisons de santé possédant des pavillons ou des salles de ce genre. Il faudra, de plus, que les chirurgiens soient entourés d'un personnel d'aides et d'infirmiers instruits, comprenant et sachant mettre en pratique tous les détails minutieux destinés à assurer l'asepsie. Mais la majorité de nos hôpitaux sont encore dépourvus de ces pavillons; les aides peuvent exister, mais les infirmiers listériens sont encore excessivement rares.

Dans la chirurgie de la ville, ces conditions sont le plus souvent impossibles à obtenir; quant à celle de la campagne, il n'y faut pas songer.

Donc, si la chirurgie sans pansement paraît être le chirurgie idéale, elle cèdera pendant longtemps encore le pas à la chirurgie avec pansement, quelque encombrant et coûteux que soit celui-ci, car son utilité dans la grande majorité des opérations journalières n'est pas contestable, étant données les conditions dans lesquelles les chirurgiens sont obligés de pratiquer. — L.-H. PETIT.

BIBLIOTHÈQUE

LE MASSAGE DE L'UTÉRUS, par le docteur G. NORSTROM. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

C'est en 1871 que M. Norstrom eut pour la première fois connaissance de la méthode de massage de l'utérus préconisée par un empirique, Thure Brandt. En 1875, cette méthode lui ayant donné de beaux succès dans des cas d'affections utérines rebelles, il essaya de la faire connaître en France et inspira même une thèse sur le sujet. Cette thèse fut refusée par le jury comme inconvenante, et M. Norstrom, découragé, dut attendre que le massage en gynécologie devint chose courante dans différents pays de l'Europe pour parler de nouveau de celui de l'utérus.

C'est surtout dans les métrites, qu'il divise en métrites parenchymateuses et endométrites fongueuses, que l'auteur a employé le massage.

La métrite parenchymateuse chronique est la suite habituelle d'une inflammation

---

Un boulanger, atteint d'une vérole récente, voulait se marier. Prévenu du danger pour sa femme, il se marie quand même, bien que, quinze jours seulement avant la cérémonie, il ait, de plus, contracté la blennorrhagie.

Les premiers temps du mariage se passent en baisers et en simples caresses. Plus tard seulement a lieu le coït. La chaudepisse était guérie, mais la vérole était restée. La boulangère ne tarda pas à être contaminée. Or, elle était enceinte. Traitement à chacun.

Le docteur Poyet prévient que l'enfant n'ira probablement pas à terme. Il ajoute que si, contre son attente, l'enfant vit, il faut que la mère le nourrisse. « C'est impossible, s'écrie le mari, à cause de nos affaires. On ne peut se passer de nourrice. »

Le docteur Poyet : Mais vous pouvez la rendre malade!

Le boulanger : Ce n'est pas sûr; et puis, tant pis pour elle!

Et que dites-vous de ce monsieur qui fait partie de la haute société?

M. X..., 65 ans, grande situation politique et financière. Sa femme me prie de l'examiner; un médecin, son collègue dans une grande administration, a diagnostiqué une fissure anale; je constate, dit le docteur G. Leroux, un chancre à l'anus. Huit jours après cet examen, apparition de la roséole, puis des manifestations polymorphes secondaires, alopécie, etc. Traitement peu surveillé. Le malade reprend peu à peu sa santé, et se soigne pendant quatre ans au milieu des siens sans que personne dans sa famille soupçonne la nature de sa maladie.

Cette année, il m'amène une jeune personne appartenant à sa société, qui devait se marier dans un mois et avec laquelle il n'avait eu que des rapports incomplets. Cette

aiguë d'origine puerpérale. Elle entraîne souvent la stérilité. Le massage réussit contre cette dernière et combat en même temps la leucorrhée; il diminue la stase et active la circulation en provoquant les contractions de la couche musculaire.

Les flexions utérines, d'après M. Norstrom, sont consécutives à la métrite chronique, les symptômes qu'on leur a longtemps attribués dépendent de celle-ci. La thérapeutique doit s'adresser exclusivement au parenchyme utérin; qu'on fasse disparaître l'exsudat fibrineux interstitiel et la stase; qu'on rétablisse l'équilibre nutritif, la tonicité, et la femme cessera de souffrir aussi bien au moment des règles que dans leur intervalle; les pertes blanches et rouges seront supprimées; elle deviendra capable de concevoir et de mener à bien une grossesse. Ces *desiderata* sont souvent remplis par le massage, les observations que publie l'auteur en font foi. Les flexions et les versions existent toujours, malgré le traitement, mais les symptômes pénibles disparaissent et la grossesse devient possible. Cela tient à la disparition de la métrite. Dans la dysménorrhée, les résultats sont encore excellents.

L'endométrite fongueuse hémorrhagique se trouve encore très bien du massage. Il permet d'avoir raison des métrorrhagies, de rétablir la régularité circulatoire et l'équilibre nutritif. Les flexions persistent, mais les époques se passent sans accidents. Le massage n'est, si l'on veut, qu'un palliatif, mais il produit une telle amélioration que, presque toujours, les malades s'en contentent.

L'auteur a employé encore le massage avec succès dans des cas d'involution utérine et de prolapsus utérin; il a amélioré les symptômes congestifs qu'entraînent certains fibromes.

Terminons en indiquant le manuel opératoire du massage de l'utérus. Après avoir vidé complètement sa vessie, la malade se place dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies et on lui recommande de respirer librement. Puis, après avoir fait écarter les jambes, le masseur se place à la gauche de la patiente, introduit, quand il le peut, l'index et le médius de la main gauche dans le cul-de-sac antérieur du vagin, de manière à soutenir la paroi antérieure de l'utérus, tandis qu'à travers la paroi abdominale, il saisit le corps, sur lequel il exerce des pressions légères au début, un peu plus fortes dans la suite. En cas de déplacement, il faut, autant que possible, redresser l'organe; les doigts placés dans le vagin le maintiennent solidement, autrement il pourrait glisser, ce qui est très douloureux pour la patiente. Il est quelquefois utile de presser l'utérus contre la face postérieure des pubis; la vessie vide ne gêne pas. Quand l'utérus, rétroversé ou rétrofléchi est momentanément immobilisé, on fait mettre la malade dans

---

jeune femme avait la syphilis depuis 5 mois, ignorait la nature de son mal, et ne s'était décidée à parler de ses accidents que lorsque, la vulve criblée de plaques muqueuses hypertrophiées et suintantes, il lui avait été impossible de dissimuler l'odeur qu'elle dégageait; elle était venue raconter ses ennuis à M. X... qui me l'amena de suite. Il fallait qu'elle fût en état de se marier dans un mois. Je fis à cet égard les observations que je crus devoir faire. *Scandale pour scandale*, me fut-il répondu, *mieux vaut après qu'avant.* J'ai soumis cette jeune personne encore vierge à un traitement des plus rigoureux, et un mois après elle se mariait. Elle a quitté Paris, habite l'étranger; elle a fait une fausse couche, m'a-t-on dit; elle a continué à se soigner.

Espérons que le mari, s'il s'est douté de quelque chose, se consolera comme celui dont parle Voltaire, et qui, d'abord fort surpris de recevoir la vérole de sa femme légitime, la nuit de ses noces, ne tarda pas à trouver la chose naturelle lorsque sa digne conjointe lui eût expliqué que la vérole était, dans sa famille, un patrimoine héréditaire.

N'avais-je pas raison de vous prévenir, chers lecteurs, que j'allais vous raconter des histoires tristes? Mais je vous assure qu'il y a autre chose dans le livre de M. Barthélemy, que je vous engage fort à lire. Je n'ai voulu aujourd'hui que lui emprunter quelques sujets de causerie. Pour vous, vous ferez bien de l'étudier plus sérieusement.

SIMPLISSIME.

la position genu-pectorale, et quelques coups légers sur la région lombo-sacrée suffisent pour amener une rectification et rendre le traitement possible. Quand des adhérences anciennes et très solides existent, il ne faut pas chercher à les rompre, mais masser l'utérus sur place, en déprimant suffisamment la paroi abdominale.

Au début, il ne faut jamais oublier qu'il est nécessaire de procéder avec une grande douceur et on réussira ainsi à faire supporter le traitement, qui est toujours un peu douloureux.

Nous ne pouvons malheureusement suivre M. Norstrom dans tous les détails de pratique dans lesquels il entre, mais nous engageons vivement les praticiens à lire son livre, écrit avec la conviction que donne le succès. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur la respiration pulmonaire, par M. Chr. Bohr (de Copenhague). — Conclusions :

1° La tension des gaz dans le sang artériel et dans l'air expiré en même temps des poumons a, dans la plupart des cas, des valeurs telles que les différences de pression des deux côtés des parois des vésicules pulmonaires ne peuvent être la force qui détermine la marche des gaz à travers le tissu des poumons ;

2° Le fait se manifeste surtout clairement dans l'inspiration d'un air renfermant de l'acide carbonique ;

3° La tension dans le sang artériel, tant en ce qui concerne l'acide carbonique que l'oxygène, est très variable chez les différents individus, même s'ils sont placés dans des conditions extérieures identiques ; elle peut même, pendant de courtes périodes, varier chez le même individu sans qu'il se produise de changement appréciable dans les conditions extérieures.

4° Il est donc permis de considérer l'absorption et l'élimination des gaz à travers les poumons comme analogues aux phénomènes qui, dans l'organisme, sont compris sous le nom de sécrétions glandulaires.

5° De même que les autres organes, les poumons ne peuvent déployer leur activité spéciale que dans des limites étroites, marquées par les conditions physiques extérieures, comme le montrent les phénomènes connus qui se produisent lorsque l'organisme se trouve exposé à un air pauvre en oxygène, ou très riche en acide carbonique. Mais en dehors de ces extrêmes, l'action spéciale du tissu pulmonaire est la principale cause déterminante de la tension des gaz dans le sang.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 30 janvier 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Sur quelques cas de guérison de l'anus artificiel. — M. Polaillon : Il s'agit d'un procédé nouveau, imaginé par M. Chaput, pour obtenir l'occlusion de l'anus artificiel dans certains cas déterminés. — Naguère encore, quand on voulait fermer un anus artificiel, on s'évertuait à disséquer les tuniques de l'intestin au pourtour de l'orifice; quelquefois même à séparer l'intestin de la paroi abdominale, puis à suturer son ouverture en adossant la tunique séreuse ou les surfaces cruentées extérieures qui font suite à cette séreuse. Mais il est un moyen plus simple d'arriver au même but, c'est d'aviver directement le pourtour de l'anus artificiel et de le suturer. — On a quelquefois détruit par la cautérisation au fer rouge ou avec des caustiques chimiques le bourrelet muqueux qui borde l'orifice anal. On obtenait ainsi à la longue un rétrécissement de cet orifice, par la rétraction du tissu cicatriciel, et plus tard une occlusion complète. — Au lieu d'aviver le pourtour de l'anus artificiel par des caustiques, M. Chaput a eu l'idée de faire cet avivement avec une *curette tranchante*. Puis, au lieu d'adosser la tunique séreuse par une suture, il accole l'une à l'autre les deux parois de la tunique interne dont la muqueuse a été détruite.

J'ai opéré ainsi les deux cas suivants qui m'ont donné deux succès :

PREMIÈRE OBSERVATION. — Une dame de 55 ans, par suite d'occlusion intestinale, est porteuse d'un anus artificiel iliaque. Sept mois plus tard, le cours naturel des fèces s'étant rétabli, j'opère de la façon suivante :

1er temps : Je libère, par la dissection, l'intestin de la paroi abdominale sans ouvrir le péritoine ;

2me temps : Je détruis la muqueuse avec une curette tranchante dans une étendue de 1 centimètre au pourtour de l'anus artificiel ; je rapproche l'une de l'autre les surfaces avivées des tuniques intestinales et je les suture exactement ;

3me temps : Je suture la paroi abdominale. — La guérison fut parfaite.

DEUXIÈME OBSERVATION. — Un homme de 60 ans est porteur d'un anus artificiel à la suite d'une hernie ombilicale étranglée qu'il a été impossible de réduire. Deux mois après, le cours des matières s'étant normalement rétabli, j'opère comme précédemment et, là encore, j'ai un succès à enregistrer.

M. PÉAN. — Je ne vois pas très bien le grand avantage de l'emploi de la curette tranchante lorsque l'on peut employer les ciseaux pour faire des incisions très franches et aviver la muqueuse tout en ménageant l'intestin. D'un autre côté, en n'avivant que la muqueuse, on a beaucoup moins de chance de réunion par première intention, sans fistules consécutives, qu'en allant jusqu'à la tunique musculeuse.

M. POLAILLON. — Le procédé de M. Chaput est surtout nouveau en ce que, au lieu de retourner les bords de l'anus artificiel en dedans pour accoler les tuniques externes, ce qui a l'inconvénient de former un éperon dans le calibre de l'intestin, on attire au contraire ces bords en dehors en accolant les parois internes. Or pour cruenter ces surfaces du pourtour de l'orifice à l'intérieur de l'intestin, la curette tranchante devient presque indispensable.

M. PÉAN. — Pour mon compte personnel, je réussis très bien en faisant l'affrontement direct de toutes les tuniques de l'intestin et je n'ai pas de fistules secondaires. Cependant je suis heureux de connaître cet autre procédé, puisqu'il réussit bien aussi.

M. VANDENABEELE. — Le calibre final de l'intestin est-il, dans votre opération, plus grand que dans l'opération ancienne ?

M. POLAILLON. — Certainement, puisqu'il n'y a plus d'éperon interne, et c'est ce qui m'a fait lui donner la préférence.

Modifications cliniques au dosage de l'acide urique de MM. Arthaud et Butte. — M. GAUTRELET fait la critique du procédé de MM. Arthaud et Butte, basé sur la formation d'un sel cuivreux, comme étant peu pratique. Pour le rendre applicable à la clinique, il propose de substituer aux solutions-réactifs de MM. Arthaud et Butte les formules suivantes.

A. Solution-réactif :

Sulfate de suivre	2 gr. 968 centig.
Hyposulfite de soude	40 grammes.
Sel de Seignetté	80 —
Eau distillée	q. s. pour 1 litre.

Au contact de l'hyposulfite alcalin, le sel nitrique est ramené au minimum d'oxydation, c'est-à-dire transformé en sel cuivreux, et il reste en cet état grâce à l'excès d'hyposulfite. Quant au sel de Seignette, son rôle consiste à assurer la stabilité du réactif en empêchant une réduction inférieure du sel de cuivre et la formation ultérieure de sulfures.

B. Solution-témoin :

Ferricyanure de potassium	2 grammes.
Acide chlorhydrique pur	10 —
Eau distillée	q. s. pour 100 c.c.

On dépose des gouttes de cette solution-témoin sur une soucoupe de porcelaine blanche et on touche avec une baguette de verre plongée dans l'urine acidifiée et additionnée de la solution-réactif.

Ceci étant, le mode opératoire consiste :

a) A mesurer 20 c. c. d'urine dans un vase à saturation;

b) Si l'urine est trouble par séparation d'acide urique et d'urates, porter le liquide à 50° pour dissoudre le précité;

c) Ajouter 5 c. c. d'acide acétique au 1/10e;

d) Verser goutte à goutte la solution réactif dans l'urine en agitant jusqu'à ce qu'une goutte du mélange portée sur une goutte de la solution-témoin vire brusquement au rouge-brun;

e) Lire la différence des deux chiffres sur la burette-décime avant et après l'opération. Cette différence représente le poids total d'acide urique contenu dans l'urine. *Chaque division-décime employée correspond à 1 centigramme d'acide urique par litre d'urine examinée.*

Spécialisation thérapeutique de l'Ancardie occidentale (noix d'acajou) dans l'influenza. — M. Cazenave de La Roche, de Saint-Raphaël (Var) envoie une note dans laquelle il attire l'attention sur l'emploi de l'ancardie occidentale, noix d'acajou, contre la faiblesse et l'impuissance consécutives à l'influenza. Il dit avoir obtenu de bons résultats dans des cas où les autres moyens thérapeutiques avaient échoués.

Les secrétaires des séances : MM. Gautrelet et Bovet.

FORMULAIRE

Traitement de la métrite parenchymateuse chronique. — De Sinéty.

Deux fois par jour, au moment des repas, les malades prendront un cachet contenant : Ergot de seigle récemment pulvérisé, 20 centigrammes; quinquina pulvérisé, 30 centigrammes. Faire usage de ce remède pendant quinze jours, se reposer pendant un égal laps de temps et recommencer. Douches en jet, de 10 à 15 secondes de durée; bains simples ou médicamenteux renouvelés tous les deux ou trois jours; bains de mer aux périodes avancées de la maladie. Les cures thermales produisent souvent de bons effets. Dans les premières phases de la métrite parenchymateuse, on conseille de préférence : Plombières, Néris, Luxeuil; plus tard : Vichy, Vals; enfin plus tard encore : Bourbonne, Balaruc, Salins, Salies-de-Béarn. — Le traitement local varie selon le degré d'ancienneté de la métrite. Si l'organe est mou, rouge, augmenté de volume, émissions sanguines locales peu abondantes et souvent répétées (tous les quatre ou cinq jours), soit au moyen des sangsues, soit à l'aide des scarifications. Après les scarifications, pansements avec des tampons d'ouate imbibés de glycérine. — Lorsque l'utérus est devenu pâle, dur, résistant, on a recours au cautère actuel. Dans l'intervalle des cautérisations, pansements au moyen de suppositoires additionnés de 1 gramme d'iodure de potassium, ou bien avec des tampons d'ouate imbibés du mélange suivant : glycérine neutre 50 grammes, iodure de potassium 6 grammes, tannin 4 grammes. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 7 février 1890, M. Duplay, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

M. Dubar, professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique chirurgicale à ladite Faculté.

Corps de santé de la marine. — Le prix de médecine navale, pour 1889, est accordé à M. le pharmacien de première classe Lalande. — Mention honorable : à M. le médecin de première classe Le Dantec. — Témoignages officiels de satisfaction : 1° à MM. les médecins de première classe Palmade et Drago ; 2° à MM. les médecins de deuxième classe Gérard, Gros et Calmette.

Distinction honorifique. — M. le docteur J. Lyon (Saint-Domingue) est nommé officier d'Académie.

Habitations a bon marché. — Une réunion, dans laquelle on s'est occupé de l'importante question des habitations à bon marché, a eu lieu, dimanche 2 février, à trois heures, dans la grande salle de l'Hôtel Continental, sous la présidence de M. Jules Simon. M. le docteur Jules Rochard a pris la parole et a prononcé un très éloquent discours sur la question : « Si l'on arrivait, a dit le docteur Rochard, à se débarrasser, dans les grandes agglomérations urbaines, de ces « terrains de culture des maladies épidémiques », l'hygiène générale s'en ressentirait forcément. Et, à ce point de vue, l'œuvre des habitations à bon marché est capitale : les résultats obtenus à Londres, par exemple, sont des plus encourageants. Quatre sociétés disposant de ressources s'élevant à plus de 120 millions ont construit des immeubles dans lesquels sont logées 23,000 familles comprenant plus de 100,000 personnes. Or, on a constaté que, sur 10,000 familles, soit sur 50,000 personnes, les décès annuels avaient diminué d'un millier et que le nombre des malades avait rétrogradé de 10,000 à 5,000. Si l'on calcule les avantages matériels que la population ouvrière de Londres a obtenus, on trouve que la valeur des journées de travail conservées au commerce ou à l'industrie de la grande cité dépasse de beaucoup l'intérêt des capitaux consacrés à l'édification des maisons salubres et à bon marché. » La Société française des habitations à bon marché comprend des membres fondateurs versant une somme d'au moins 1,000 francs, et des membres titulaires dont la cotisation annuelle a été fixée à 20 francs. Les souscriptions peuvent être adressées au trésorier, M. Charles Robert, 15, rue de la Banque. (*Progrès médical.*)

Médecins des bureaux de bienfaisance. — Les femmes docteurs seront désormais admises, dit le *Concours médical*, au concours des bureaux de bienfaisance.

L'Assistance publique a la Chambre des Députés. — Une proposition de M. Déjardin-Verkinder, député du Nord, tendant à la création d'hôpitaux-hospices cantonaux, a été déposée sur le bureau de la Chambre des Députés.

Epuration des eaux. — La Chambre a pris, samedi dernier, en considération la proposition de M. Barbe relative à l'ouverture d'un crédit de 200,000 francs pour la mise au concours des divers systèmes d'épuration d'eau.

Congrès allemand de médecine interne a Vienne. — Ce Congrès, présidé par M. Nothnagel (Vienne), aura lieu du 15 au 18 avril 1890.

Nécrologie. — M. Guenette, ancien médecin-pharmacien, décédé à Orléans, à l'âge de 68 ans. — M. L.-J. André, l'architecte bien connu, auquel on doit, entre autres travaux, les bâtiments des reptiles du Muséum. — M. le docteur Anglade (de Bordeaux). — M. le docteur Félix (de l'Isle-sur-Orgue). — M. le docteur J.-E. Adams, chirurgien à Londres. — M. le docteur Morton, professeur à l'Anderson's College (Médecine) (de Glasgow). — M. le docteur Gallia (Malte). — Nous apprenons aussi la mort de M. le docteur Guillermo Rawson, homme d'Etat de la République Argentine, et de M. Melchior Neumayn, professeur de paléontologie à l'Université de Vienne. — Le corps médical de Strasbourg vient de perdre un de ses vétérans, M. le docteur Charles Gerhard, mort à l'âge de 91 ans, après avoir pratiqué la médecine pendant plus d'un demi-siècle dans sa ville natale. Il a légué à l'hôpital de Strasbourg la somme de 120,000 francs. — M. le docteur Fargeix (Saint-Etienne-aux-Clos). — M. le docteur Coliez (de Longwy), l'un des doyens du corps médical français, décédé à l'âge de 88 ans. C'était un géologue et un numismate distingué, dont on ne manquait pas de visiter les collections. — M. le docteur Marcet, ancien médecin consultant des eaux de Luchon, médecin érudit et écrivain de talent, dont nous avons signalé déjà l'intéressant volume où il a consigné ses impressions de voyage en Afrique. Il avait échoué aux dernières élections sénatoriales du Gers.

— M. le docteur T. Puel, décédé le 28 janvier, d'une complication pulmonaire, suite de la grippe, à l'âge de 77 ans. Il était membre fondateur de la Société de botanique et de la Société philomathique. On lui doit un mémoire sur la « Catalepsie », couronné par l'Académie de médecine. Il a dirigé pendant quelques années la *Revue de psychologie expérimentale*. — M. le professeur Buyse Ballot, le célèbre météorologiste hollandais, vient de mourir à la Haye, à l'âge de 73 ans. Il a occupé pendant quarante ans la chaire de météorologie de l'Université d'Utrecht. En 1855, il fonda l'Institut royal hollandais de météorologie, et, en 1857, il a déterminé des lois qui régissent la direction des vents. En 1873, il a proposé un système international uniforme pour les observations météorologiques. (*Progrès médical.*)

Cours de gynécologie. — M. le docteur Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours libre de gynécologie, 12, rue de Navarre, le mardi 25 février, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Doléris fera ses premières leçons sur « les moyens d'exploration usités en gynécologie ».

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Chemins de Fer de l'Ouest

AUGMENTATION DU NOMBRE DES TRAINS CIRCULANT ENTRE PARIS SAINT-LAZARE ET AUTEUIL

TRAINS A INTERVALLES DE 10 MINUTES TOUTE LA JOURNÉE

et encore plus nombreux de 8 à 9 heures du matin et de 5 heures 20 à 7 heures du soir.

Depuis le 20 janvier dernier, le service des trains entre Paris (Saint-Lazare) et Auteuil est ainsi fixé au départ de Paris :

Premiers départs : 4 h. 50, 5 h. 05 et 5 h. 35.

De 6 heures à 8 heures du matin (quatre départs par heure) : à l'heure, à l'heure 15, 30 et 45.

De 8 à 9 heures du matin (huit départs par heure) : 8 h., 8 h. 10, 8 h. 15, 8 h. 20, 8 h. 30, 8 h. 40, 8 h. 50 et 9 h.

De 9 heures du matin à 5 h. 20 du soir (six départs par heure) : à l'heure, à l'heure 10, 20, 30, 40 et 50.

De 5 h. 20 à 7 heures du soir (dix départs par heure) : à l'heure, à l'heure 10, 15, 20, 25, 30, 40, 45, 50 et 55.

De 7 heures à 10 heures du soir (six départs par heure) : à l'heure, à l'heure 10, 20, 30, 40 et 50.

De 10 heures du soir à minuit (quatre départs par heure) : à l'heure, à l'heure 15, 30 et 45.

Derniers départs : minuit, minuit 20, minuit 40.

Pour le service des dimanches et fêtes, consulter l'affiche.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

De la symphyse cardiaque.

Leçon clinique de M. le professeur Potain, recueillie par C. Hischmann, chef de clinique adjoint.

Nous avons au numéro 9 de la salle Bouillaud un malade qui présente une augmentation considérable du volume du cœur. En effet, la matité précordiale est plus étendue que normalement, les bruits du cœur s'entendent sous l'oreille, la pointe est abaissée. Comme les bruits du cœur sont normaux d'ailleurs, et que nous n'avons pas trouvé de cause à cette hypertrophie cardiaque, nous avons été amenés à penser qu'il pourrait s'agir d'une symphyse cardiaque.

Si nous passons en revue le passé pathologique de cet homme, actuellement âgé de 51 ans, nous constatons les faits suivants: A l'âge de 16 ans, il a eu la scarlatine, puis, deux ans plus tard, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé qui lui fit garder le lit pendant plusieurs mois.

Plus rien ne survint néanmoins jusqu'à l'âge de 22 ans. A cette époque il était au service militaire et, à la suite de quelques excès qu'il commit, joints aux fatigues du métier, il éprouva des palpitations. Le major qui l'examina, reconnut les signes d'une affection cardiaque, lui fit appliquer des cautères à la région précordiale et, peu de temps après, on dut le réformer.

14 années se passèrent néanmoins sans que le malade se ressentît notablement de cette affection cardiaque ; il avait pris le métier de tisserand et avait pour ainsi dire oublié son cœur, lorsqu'il fut pris d'une bronchite qui détermina une oppression très prononcée pendant un mois.

Il y a deux ans, il eut deux accès de coliques néphrétiques.

Depuis cette époque sa respiration est devenue plus gênée, il éprouve de temps à autre des palpitations. Le 21 décembre 1889, il contracta la grippe, s'alita avec une bronchite qui nécessita l'application de vésicatoires et paraissait guéri, lorsque voulant reprendre ses occupations actuelles de garçon de recettes, les palpitations se manifestèrent avec une grande violence, s'accompagnant d'essoufflement et d'œdème des membres inférieurs.

En l'examinant à son entrée à l'hôpital, nous trouvons les signes de l'hypertrophie cardiaque que nous avons déjà mentionnés. Il ne reste pas de traces de la bronchite grippale et on ne constate qu'un léger degré d'emphysème pulmonaire.

Les urines sont fortement albumineuses, mais cette albuminurie a décru peu à peu pour devenir actuellement presque insignifiante. Rien à signaler d'autre part du côté du système nerveux ou du tube digestif.

Cet homme est donc atteint d'une hypertrophie cardiaque généralisée, portant sur toutes les cavités du cœur, sans lésions d'orifices. A quelle cause convient-il de l'attribuer? Pas à la grippe assurément, puisque l'histoire clinique du malade nous démontre qu'il y a longtemps que cet homme souffre de son cœur.

On ne saurait penser à une hypertrophie due à la dilatation du cœur droit. Si le malade a un peu d'emphysème pulmonaire, il n'a point de bronchite chronique ayant pu à la longue amener cette dilatation.

D'autre part, n'ayant jamais eu d'affection gastrique ou hépatique, on ne saurait songer à cette dilatation du cœur droit également sur laquelle j'ai maintes fois attiré votre attention en pareil cas. D'ailleurs, c'est en vain que vous chercheriez chez cet homme le bruit de galop droit par choc diastolique.

S'agit-il d'une hypertrophie du cœur gauche? Pourrait-on, en raison de l'albuminurie, songer à une néphrite? En aucune façon, car il n'y a point davantage de bruit de galop par renforcement présystolique et la tension artérielle, toujours augmentée dans la néphrite interstitielle, est chez lui absolument normale.

Reste une autre variété d'hypertrophie cardiaque : c'est l'hypertrophie des adolescents, qui prend son origine soit dans l'hérédité, soit dans un état nerveux particulier, souvent aussi dans une exagération de travail. Or, on n'observe ici rien de semblable, le malade n'a éprouvé de fatigues exagérées qu'au moment où il accomplissait son service militaire.

Toutes ces causes éliminées, il ne reste plus que fort peu de chose pour expliquer l'augmentation de volume du cœur, et on est amené à penser à la péricardite chronique qui finit par produire la symphyse cardiaque. Avons-nous entre les mains les éléments de ce diagnostic toujours délicat, puisqu'aucun des signes de la maladie n'est pathognomonique?

Les recherches faites aux autopsies dévoilent assez fréquemment l'existence de la symphyse cardiaque, ou tout au moins d'adhérences péricardiques ; on peut l'évaluer à 5 p. 100 environ, dont la moitié des cas est de la symphyse complète. Cette lésion se rencontre à tout âge, même chez les nouveau-nés; toutefois, elle présente son maximum de fréquence entre 15 et 20 ans (thèse de Corf), et elle entraîne habituellement une augmentation de volume du cœur. Bouillaud l'a toujours trouvée, et cependant, quoique fréquente, elle n'est pas constante, car il existe des cas, tout exceptionnels à la vérité, où on a rencontré l'atrophie cardiaque.

A quoi est due l'hypertrophie en pareil cas? Beau l'attribuait aux adhérences multiples du cœur au rachis et au thorax, adhérences qui tiraient sur le cœur. Cette théorie est aussi ingénieuse que parodoxale, car le seul effet mécanique de ce tiraillement pourrait tout au plus être l'allongement du cœur.

Morel-Lavallée pense que l'inflammation de voisinage des fibres cardiaques adhérentes au péricarde détermine leur affaiblissement et que les autres sous-jacentes, soumises à un travail supplémentaire, s'hypertrophieraient. On objecte à cette hypothèse que le cœur ne ferait alors que récupérer ce qu'il a perdu et rien de plus.

On ne peut pas davantage accuser les adhérences péricardiques d'agir sur le cœur à la façon d'un obstacle qui le force à un travail exagéré, car il ne s'agit pas ici d'hypertrophie pure et simple, il y a tout d'abord de la dilatation et l'hypertrophie ne survient que plus tardivement.

On a supposé aussi que, le péricarde étant enflammé, le muscle cardiaque s'altère par propagation, la fibre cardiaque subit une dégénérescence croissante; par suite, l'énergie du cœur va diminuant, puisque sa tonicité s'amoindrit. L'onde sanguine dilate l'organe qui résiste moins, et le cœur, soumis à des efforts exagérés pour refouler le sang, finit par s'hypertrophier.

Il faut ajouter à ces faits que le péricarde ne saurait être considéré comme un organe tout à fait inactif. Il sert, en effet, de point d'appui au cœur en membrane résistante qu'il est, lorsque le cœur, subissant un travail exagéré, se distend violemment au point d'atteindre ses parois. Or, le péricarde étant enflammé perd sa résistance et ne peut plus prêter au cœur l'appui dont il aurait besoin.

Quels sont maintenant les signes qui permettent d'établir le diagnostic de la symphyse cardiaque?

A. Bouillaud, le premier, et la plupart des auteurs après lui, ont signalé la dépression permanente de la paroi thoracique. Cette dépression existe chez notre malade, au niveau de la région précordiale; malheureusement il en existe une semblable, symétrique du côté opposé.

B. Le choc de la pointe est affaibli ou absent. La pointe du cœur est déplacée, et surtout abaissée. Bouillaud avait insisté sur ce point qu'il y avait plutôt abaissement de la pointe que déviation en dehors; et, de plus, le choc de la pointe ne varie pas avec la position que prend le malade. C'est un fait un peu délicat à percevoir; il faut, pour s'en assurer, que le choc soit bien net et bien clair.

C. Le choc de la pointe diminue lors de l'expiration et augmente, au contraire, pendant l'inspiration. C'est un signe d'une médiocre valeur. Riehl ne l'a observé qu'en un seul cas.

D. Le choc peut se transformer en une dépression systolique assez profonde, ainsi que l'ont constaté William et Simpson. Cette dépression serait due à des adhérences thoraciques, mais Marey a démontré qu'on le pouvait trouver en dehors de toute lésion péricardique.

E. On a également noté le choc diastolique de la pointe; Friedreich l'attribua même au retour élastique de la paroi thoracique qui, tirée par le cœur, revient tout à coup à sa situation première.

F. A la base, Skoda a observé un choc systolique; d'autres auteurs ont signalé un choc diastolique. Ce dernier n'a rien de spécial, à moins qu'il ne soit très intense, témoignant ainsi d'adhérences thoraciques; mais on ne saurait avoir confiance en ce signe que s'il est associé à une dépression du choc de la pointe.

G. William parle aussi d'une diminution de la contraction du diaphragme à gauche.

H. Enfin, plusieurs auteurs ont cru remarquer que l'étendue de la matité cardiaque n'était pas modifiée pendant les mouvements respiratoires. Mais c'est là un phénomène bien difficile à saisir.

Les signes que fournit l'auscultation sont bien pauvres, et cela se conçoit, puisque les appareils valvulaires sont sains. Aran insiste sur l'affaiblissement des bruits du cœur, mais cela n'est vrai qu'à la période d'asystolie. On a indiqué le dédoublement du second bruit, mais il ne faut pas le confondre avec le dédoublement physiologique dû au claquement successif des valvules sigmoïdes aortiques et pulmonaires.

Enfin, des frottements le long du bord du sternum, le bruit de guimbarde

de Dieulafoy constituent des signes absolument inconstants. Ne parlons pas de souffles, qui ne peuvent exister que lors de complications.

Il me faut maintenant vous parler de ce fameux pouls paradoxal si connu de tous. Griesinger a fait observer que le pouls s'affaiblit parfois pendant l'inspiration jusqu'à disparaître complètement; et Kussmaul en conclut que, chez certains sujets, des brides partant du sternum atteignent l'aorte et la tiraillent pendant l'inspiration de manière à faire obstacle au courant sanguin. Or, le pouls paradoxal a été trouvé en dehors de toute péricardite, dans certaines pleurésies et, en un mot, dans les cas où l'air, pour une cause ou pour une autre, éprouve de la difficulté à pénétrer dans les vésicules pulmonaires. C'est donc un signe absolument infidèle.

Que penser de l'affaissement des veines du cou pendant la diastole ventriculaire? Est-ce un phénomène propre à l'adhérence péricardique? En aucune façon, car on peut le rencontrer fort souvent, et je vous ai montré maintes fois que le mouvement du sang dans les jugulaires n'est pas un mouvement continu et qu'il est en rapport avec les battements du cœur; par suite, cet affaissement est un phénomène normal, susceptible seulement d'être exagéré dans certains cas.

Enfin, on a indiqué l'affaissement des jugulaires pendant l'inspiration, ce qui est le renversement de l'état normal; il serait dû au tiraillement de la veine cave par des adhérences. Malheureusement, c'est un phénomène extrêmement rare.

En résumé, tous ces signes sont bien pauvres et appartiennent bien peu en propre à la symphyse cardiaque; et celle-ci peut exister en dehors de la présence d'aucun d'entre eux, c'est quelquefois une surprise d'autopsie.

Notre malade ne présente qu'un seul signe, l'hypertrophie cardiaque.

Eu somme, la symphyse cardiaque peut, pendant un long temps, exister sans grand dommage pour le malade. Toutefois, il arrive un moment où la myopragie cardiaque se décèle, le jour où le cœur est soumis à un travail exagéré. Lorsque, en effet, notre malade a eu une bronchite, le cœur a témoigné immédiatement qu'il ne pouvait plus suffire à la besogne. Et d'ailleurs, à mesure que la maladie progresse, le muscle cardiaque s'altère peu à peu, la fibre dégénère et l'asystolie est à craindre. Nous n'en sommes pas encore là, je l'espère. La grippe a causé les accidents qui sont survenus chez le malade, mais il n'y a point eu asystolie. Il y avait de la tachycardie, sans irrégularité du pouls, et bien que l'urine ait renfermé de l'albumine, fait peu rare dans la grippe, nous devons porter un pronostic relativement favorable, et il est permis d'espérer qu'une fois les conséquences de la grippe passées, notre homme reviendra à un état satisfaisant, car aucun motif sérieux ne permet de supposer que son muscle cardiaque soit jusqu'à présent sérieusement altéré.

HYDROLOGIE

Vichy-Saint-Yorre

Traitement de l'albuminurie par les alcalins.

SOURCES SAINT-LOUIS

Eaux minérales gazeuses bi-carbonatées, sodiques, ferrugineuses.

Déjà depuis longtemps la présence de l'albumine dans l'urine n'est plus considérée comme indiquant toujours une affection des reins. Et, de fait, on trouve de l'albumine

dans l'urine des personnes atteintes d'affections graves : pneumonies, fièvres typhoïdes, etc.

On en trouve aussi très fréquemment chez les dyspeptiques, chez ceux qui ont un gros foie ou une dilatation de l'estomac. On en trouve même chez les anémiques et les chloro-anémiques, chez les malades épuisés par les fièvres intermittentes.

Au reste, l'albumine fait défaut quelquefois dans l'urine des malades qui ont une véritable maladie des reins.

Dans le diabète, l'albuminurie est fréquente, et pour sûr elle n'augmente pas la gravité de la maladie. La preuve est que presque toujours elle disparaît pour ne plus reparaître après un traitement convenable. Les diabètes les plus graves ne sont pas accompagnés d'albuminurie ; c'est plutôt dans les cas légers, ceux que l'on a l'habitude de considérer, à tort, comme de simples glucosuries, qu'on trouve de l'albumine dans l'urine.

Il y a certainement plusieurs sortes d'albumines, et celle de la maladie des reins n'est point la même que celle qu'on rencontre chez les dyspeptiques ou chez les jeunes gens à croissance trop rapide, celle que les Anglais appellent albuminurie de croissance, à propos de laquelle le docteur Moxon, en présence d'une statistique de 288 cas d'albuminurie, disait : « Quelle importance peut-on donner à de simples statistiques d'albuminurie, puisqu'on rencontre ce phénomène chez des jeunes gens grandissant, presque aussi souvent que la spermatorrhée? »

Il est admis généralement, et l'expérience clinique démontre la réalité du fait, que le meilleur traitement de la plupart des albuminuries dépendant d'une nutrition imparfaite est l'emploi des alcalins; ajoutons des alcalins sous forme d'eaux minérales naturelles ferrugineuses. Mais en consultant les mémoires publiés sur ce sujet, on trouve que, même dans les cas les plus graves, où tous les signes cliniques étaient en faveur d'une albuminurie d'origine rénale, on peut encore, grâce aux eaux bi-carbonitées sodiques ferrugineuses, obtenir de véritables succès.

Nous résumerons une seule de ces observations, parce qu'elle offre un véritable intérêt.

M. B..., 65 ans, de famille goutteuse, par conséquent ayant des tendances à la sclérose rénale, — une de ses filles était morte diabétique à l'âge de 26 ans, — vient consulter.

Il marche difficilement; toutes les articulations sont déformées et pleines de liquide. Les mains sont en griffe. L'œdème est généralisé. Le malade ne mange plus que du lait et des œufs; il dort à peine.

L'analyse de l'urine totale des vingt-quatre heures, égale à six litres, donne vingt et un grammes 92 d'albumine (21 gr. 92); quarante-trois grammes 80 d'urée (43 gr. 80) et 4 gr. 22 d'acide phosphorique; acide citrique, 0 gr. 368.

Ceci se passait le 4 juillet 1878.

Le malade fut soumis à l'usage des eaux alcalines ferrugineuses, et, le 26 juillet, il n'avait plus que 11 gr. 22 d'albumine et 15 gr. 24 d'urée. La quantité totale de l'urine était trois litres. Il partit, mais il continua le traitement chez lui, et le 24 décembre de la même année 1878, ses urines ne présentaient plus traces d'albumine, et les œdèmes avaient disparu. La quantité de l'urine était normale.

Ce malade était certainement un goutteux, mais il n'en est pas moins tellement amélioré sous tous les rapports qu'il peut se considérer comme guéri, et c'est, en effet, ce qui arrive le plus habituellement, par le traitement alcalin, chez la plupart des albuminuriques.

Nous avons choisi parmi nombre d'observations celle-ci, parce que, lorsque l'œdème généralisé accompagne l'albuminurie, le pronostic est plus grave.

Les eaux alcalines bicarbonatées sodiques ferrugineuses relèvent la nutrition ralentie en favorisant les oxydations; elles donnent plus de facilité aux reins pour éliminer les matières toxiques.

La remarquable communication que vient de faire à l'Académie de médecine de Paris, séance du 21 janvier 1890, à propos des néphrites, M. le professeur Renaut, donne l'explication de la bénignité relative des néphrites séniles et goutteuses les plus fréquentes, sans contredit. Les malades ne meurent pas par altération des éléments du

rein, puisque, à l'autopsie, le professeur a trouvé 95 p. 100 du système glomérulaire sain dans chaque lobule. Ce qui tue le malade, c'est l'œdème rénal qui empêche la circulation et la filtration.

Il y a déjà longtemps que les chirurgiens avaient dit qu'il était surprenant de voir comment on pouvait vivre avec une quantité de rein sain tellement petite (moins du tiers de la glande) qu'on l'aurait crue insuffisante.

On comprend donc combien l'idée que l'albuminurie n'est pas fatalement l'indice d'une maladie mortelle à brève échéance, mais bien une maladie qu'il faut soigner, qui peut guérir et, en tous cas, avec laquelle on peut vivre.

Le danger, dans l'albuminurie, réside dans l'engorgement du rein; dans l'urémie, par accumulation des toxines. On comprend donc combien sera utile, comme préservatif, l'usage des eaux diurétiques et *absolument sédatives* comme le sont les eaux des sources Saint-Louis, dont nous donnons l'analyse pour permettre aux praticiens d'en apprécier la valeur chimique :

	St-Louis nº 1	St-Louis nº 2
Acide carbonique libre	2.326	2.478
Bicarbonate de soude	5.821	5.505
Bicarbonate de potasse	0.889	0.240
Bicarbonate de magnésie	0 082	0.252
Bicarbonate de strontiane	*traces*	»
Bicarbonate de chaux	0.862	0.578
Bicarbonate de protoxyde de fer	0.120	0.031
Bicarbonate de protoxyde de manganèse	*traces*	»
Sulfate de soude	0.326	0.268
Phosphate de soude	*traces*	*traces*
Arséniate de soude	0.003	0.002
Borate de soude	*traces*	*traces*
Chlorure de sodium	0.415	0.450
Chlorure de lithium	0.042	0.018
Silice	0.023	0.026
Matières organiques	*traces*	*traces*
Totaux	10.911	9.848

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE DIAGNOSTIC MÉDICAL ET D'EXPLORATION CLINIQUE, par P. SPILLMANN et P. HAUSHALTER. Paris, Masson, 1890.

C'est la deuxième édition ou plutôt la refonte complète d'un manuel qui a eu beaucoup de succès au moment de son apparition, et a été traduit en espagnol et en italien.

La première partie renferme l'exposé et le mode d'emploi des différents moyens de diagnostic usités en clinique : inspection, mensuration, thermométrie, etc. Des chiffres précis fournissent à l'étudiant des points de comparaison qui lui permettent de reconnaître les cas pathologiques.

Un des chapitres les plus étudiés est celui qui a rapport à l'examen des urines; bien qu'il soit court, il contient tout ce qu'il est nécessaire de savoir. Quelques pages sont consacrées à la description des microbes pathogènes.

Dans la seconde partie se trouvent les méthodes d'examen des différents organes. Un grand nombre de dessins, de tableaux, en rendent la lecture éminemment profitable.

La dernière partie expose les signes qui permettent de diagnostiquer chaque maladie; elle est extrêmement complète, quoique relativement condensée, et aucun signe important ne se trouve omis. Nous recommandons spécialement aux étudiants et aux médecins peu familiarisés avec l'hôpital Saint-Louis le diagnostic des maladies de la peau.

A la fin de l'ouvrage se trouve une sorte de memento donnant le poids du corps aux différents âges, la composition chimique des aliments, les doses maxima des substances toxiques et des médicaments nouveaux. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

La chrysarobine dans le traitement des hémorrhoïdes. — Le docteur Kossoberdskji a employé la chrysarobine (*acide chrysophanique*) dans vingt-deux cas, comme traitement des hémorrhoïdes, et il a publié les bons résultats qu'il en a obtenus. Trouvant trop élevé le dosage admis par Unna, qui a introduit ce médicament dans la matière medicale, à savoir en solution de 5 à 10 p. 100, il ne le prescrit que dans la proportion de 2 1/2 à 3 p. 100. Voici le procédé opératoire : Il commence par laver les hémorrhoïdes avec une solution à 2 p. 100 d'acide phénique, ou avec une solution à 1 p. 100 de créoline ; puis, après les avoir bien desséchées avec un tampon absorbant de coton, il y applique deux ou trois fois par jour une pommade composée de : chrysarobine 12 grains anglais (72 centigrammes) ; iodoforme, 4 grains 1/2 (27 centigrammes) ; extrait de belladone, 9 grains (54 centigrammes) ; vaseline, 3 drachmes 3/4 (environ 15 grammes). Pour combattre les hémorrhoïdes internes, il emploie des suppositoires dont la composition est la suivante : chrysarobine, 1 grain 1/4 (0 gr. 075) ; iodoforme, 3/10 de grain (0 gr. 018) ; extrait de belladone, 1/7 de grain (environ 8 milligrammes) ; beurre de cacao, 30 grains (1 gr. 80) ; glycérine, q. s. — S'il y a des écoulements sanguins gênants, il les combat par le tannin. Il affirme qu'après l'application de ce traitependant trois ou quatre jours, les cas les plus difficiles sont entièrement guéris ; la douleur et l'hémorrhagie cessent, et les hémorrhoïdes se flétrissent et se rident, se ratatinent. (*The ther. Gaz.*, 16 décembre 1889). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitements des pieds-bots. — Discussion sur les colotomies. — Traitement des fibromes.

M. Kirmisson est toujours partisan du *traitement des pieds-bots* par la méthode de Phleps. Il regarde comme indiqué de sectionner tout ce qui s'oppose au redressement du pied, car, depuis que les pansements antiseptiques sont employés, la ténotomie à ciel ouvert n'offre plus de dangers. Il a dû intervenir en faisant de larges sections chez deux malades qui avaient été opérés par l'extirpation de l'astragale. M. Kirmisson regarde les résections osseuses comme devant être réservées pour les pieds-bots invétérés traités dans la seconde enfance ou l'adolescence.

— M. Verneuil discute la question des différentes espèces de colotomie. La colotomie lombaire doit être réservée pour des cas exceptionnels. Sans parler du procédé de Littre, il y a actuellement six méthodes différentes pour la colotomie iliaque. L'incision de la paroi et la recherche de l'intestin se font toujours de la même manière. Ce sont surtout les procédés de fixation de l'intestin à la paroi abdominale qui diffèrent.

On peut le coudre au niveau des lèvres de la plaie et terminer par l'entérotomie. Les bons effets de l'intervention ne sont que transitoires, car il ne se forme pas d'éperon, et la quantité des matières qui passent par l'orifice artificiel diminue peu à peu. On ne peut employer cette méthode quand il s'agit de rétrécissements du rectum.

Dans les cinq autres procédés, on cherche à établir une barrière afin d'empêcher les excréments de pénétrer dans le bout inférieur de l'intestin.

Madelung ferme le bout inférieur qu'il remet dans l'abdomen et suture le bout stomacal à la peau; il faut rejeter cette pratique, qui est dangereuse.

Habituellement les opérateurs cherchent à faire un éperon en plaçant les deux bouts de l'intestin à peu près parallèlement comme les deux canons d'un fusil double. Il y a quatre variétés de ce procédé; elles ont été indiquées par Verneuil, par Maydl et par Reclus.

Le mode de faire de Verneuil n'offre qu'un seul désavantage : la tendance de l'intestin à faire issue au dehors. L'ascite peut gêner, et il faut la laisser s'écouler. Quelquefois aussi l'S iliaque est fixé par des adhérences et difficile à déplacer.

Il y a deux variétés du procédé de Maydl. Cet opérateur attire l'intestin au dehors, de manière à bien voir le mésocôlon, puis il perce ce dernier au ras de l'intestin avec une tige rigide qui se fixe à la peau. Quand il opère en un seul temps, il est obligé de faire un grand nombre de sutures; quand il opère en deux temps, il coud l'un à l'autre les deux bouts de l'intestin et ne l'ouvre qu'après quatre à six jours; son incision en comprend les deux tiers et est faite au thermo-cautère. Dans les deux manières de faire, ce n'est que le quatorzième jour qu'il enlève ce qui est au-dessus de la tige rigide.

M. Reclus fixe la tige à la paroi par une couche de collodion et opère très rapidement.

M. Verneuil signale la cessation des accidents avant l'ouverture de l'intestin. Il ne sait quelle en est la raison, mais le fait est certain. Quand la paroi abdominale est très épaisse et les sutures difficiles à poser, le procédé de Maydl en deux temps peut être très utile.

Le phlegmon circulaire ne dépend pas, comme le croit M. Trélat, de la suture du péritoine à la peau, mais tient à l'emploi de trop grosses aiguilles.

En résumé, M. Verneuil croit que le procédé ancien, celui de Nélaton, suffit, si l'anus artificiel ne doit rester ouvert que peu de temps. Sa méthode est meilleure, s'il convient d'intervenir rapidement. Enfin, si on peut attendre quelque temps avant de laisser sortir les matières fécales, il faut agir comme l'a conseillé Maydl.

M. Marc Sée n'a jamais observé le phlegmon circulaire autour de l'anus artificiel. Cela tient, pour lui, à la manière dont il fait les sutures. Il réunit d'abord le péritoine à la peau, puis la paroi de l'intestin (muqueuse non comprise) à la paroi abdominale. Entre l'orifice intestinal et la paroi du ventre, il met du sous-nitrate de bismuth.

Pour M. Le Dentu, il faut choisir l'opération ancienne si l'on ne veut avoir qu'un anus devant persister peu de temps. Il passe alors fort peu de matières par le bout inférieur, si l'éperon est bien fait. Quand les accidents sont immédiatement menaçants, le procédé de M. Verneuil est le meilleur; si l'on n'est pas pressé, celui de Reclus est excellent.

Quoi qu'on en ait dit, le procédé de Maydl n'exige pas d'opérations secondaires, car on ne peut appeler ainsi l'ouverture de l'intestin et l'enlèvement de la tige rigide.

M. Le Dentu recommande de ne se servir que de très petites aiguilles dont le chas laisse passer un très mince fil de soie.

Il conseille, pour éviter le phlegmon circulaire, de comprendre dans l'anse des fils le péritoine et toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Quand on opère en deux temps, il faut ouvrir l'intestin quelquefois plus tôt que le cinquième ou le sixième jour, car le malade peut présenter avant ce temps des symptômes inquiétants.

M. Trélat fait actuellement la colotomie iliaque. Les adhérences se produisent très vite, en quelques heures. Quand il s'agit de néoplasmes rectaux et que l'intestin est très adhérent, la colotomie lombaire peut être préférable. Le premier temps de la méthode de Maydl soulage, parce que ce mode d'intervention, qui est surtout employé dans les cancers du rectum, barre pour ainsi dire l'intestin et supprime le contact de la tumeur avec les matières; dans ces cas, il n'y a pas obstruction réelle. Si cette dernière existe, il faut opérer rapidement, en un seul temps.

— M. Lucas-Championnière a déjà parlé des recherches qu'il a poursuivies avec M. Danion, relativement au traitement des tumeurs fibreuses intra-utérines par le tampon électrique mis en contact avec le col. Le renversement des courants est très important. Les intensités doivent varier habituellement de 80 à 130 milliampères.

Les tumeurs diminuent de volume, les douleurs et les accidents d'hémorrhagies disparaissent. Cependant on a quelquefois des échecs.

— M. Michaux présente un petit garçon, auquel il a fait la tarsectomie pour un double pied-bot congénital varus-équin. Il a enlevé la partie antérieure de l'astragale et du calcanéum, et sectionné le tendon d'Achille. Le résultat n'est pas excellent, par suite du mauvais emploi des appareils dont on s'est servi ensuite.

— M. Monod montre une petite fille portant un kyste dentaire de la mâchoire inférieure.

VARIÉTÉS

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DE LA SEINE.

Assemblée générale du 2 février 1890.

L'Association médicale mutuelle a tenu sa séance annuelle, dimanche 2 février, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, gracieusement mis à sa disposition par M. le doyen.

L'assistance était nombreuses, puisqu'elle comptait une centaine de présences; mais elle avait à regretter l'absence de son cher et dévoué président, qu'une indisposition sérieuse, mais heureusement sans gravité, retenait forcément à la chambre. Combien il a dû souffrir de cette impossibilité, bien plus encore que de sa maladie, qu'il aurait facilement oubliée dans son entraînement irrésistible à se dévouer aux intérêts de l'Association nouvelle.

Son allocution, qui apporte, avec des preuves irrécusables, la bonne parole du succès assuré et croissant de l'œuvre, a été lue par un des fondateurs de la première heure, membre du conseil, M. le docteur de Cour; le lecteur y pourra puiser la conviction que le corps médical est en possession de la véritable formule de mutualité qui lui convient, et que cette formule est dores et déja entrée dans la voie de l'application et de la pratique.

La démonstration en a été fournie par le remarquable rapport de M. le secrétaire général Rondeau, qui a su donner au langage aride des chiffres une clarté et un attrait imprévus.

Allocution du président.

Messieurs et chers confrères.

Dans nos précédentes assemblées, nous avons pu, dès nos premières paroles, vous manifester notre satisfaction et notre joie en constatant le succès et la prospérité croissante de notre œuvre.

Aujourd'hui, nous nous sentons plus autorisés encore à nous en réjouir. Les résultats de l'exercice 1889 ont dépassé nos prévisions les plus optimistes : ils nous permettent de vous annoncer que l'avenir de l'Association mutuelle est désormais assuré.

L'épidémie récente, à laquelle le corps médical parisien a eu à payer, à la fois, un rude tribut professionnel et un grave tribut personnel, nous en fournit une preuve des plus démonstratives et toute d'actualité.

On imaginerait difficilement, en effet, dans les prévisions d'une *assurance en cas de maladie*, un concours de circonstances plus défavorables que celles qui sont nées de cette épidémie, et pourtant notre jeune Association est sortie, à son honneur, de cette épreuve qui nous semble décisive. Jugez-en vous-mêmes.

Pendant le mois de décembre dernier, huit de nos confrères, gravement atteints, ont été contraints de cesser tout exercice professionnel. De ce chef, nous avons payé 98 jour-

nées d'indemnité. En ajoutant à ce nombre 31 journées versées à l'un de nos jeunes confrères, malade depuis de trop longs mois, nous constatons, pour décembre seulement, une dépense de 1,290 francs (plus du tiers du total payé pour indemnités pendant toute l'année), alors que les cotisations de 149 associés participants produisaient, pendant ce même mois, une recette de 1,490 francs, d'où un excédent de 200 francs.

Nous pouvons vous annoncer que, pour le mois de janvier, période du déclin et de l'extinction de l'épidémie, les résultats financiers sont plus favorables encore. Nous n'avons, en effet, payé que 830 francs pour 83 journées d'indemnité (dont 31 au compte de notre malade chronique), et le produit des cotisations de membres participants s'est élevé à 1,520 francs.

N'avons-nous pas strictement le droit de considérer ces résultats comme une réponse catégorique aux objections de nos contradicteurs, nous demandant comment l'Association mutuelle pourrait supporter les risques d'une épidémie ?

L'épreuve nous paraît suffisamment convaincante; nous pensons que vous partagerez la satisfaction qu'elle nous inspire, satisfaction qui serait complète et sans mélange, si les rigueurs de la lutte ne nous avaient causé des pertes douloureuses.

L'épidémie a emporté, presque le même jour, deux de nos collègues : Damaschino et Henri Roussel.

La mort du professeur Damaschino a provoqué, dans le Corps médical tout entier, des regrets auxquels nous nous associons bien sincèrement. Il avait été, pour notre œuvre, un ami de la première heure. Venu à nous sans sollicitation, il me priait de l'inscrire au nombre de nos membres honoraires, avec une cotisation annuelle dont il abandonnait le taux à ma discrétion en ajoutant : « Si jamais votre Association traverse des jours de crise, frappez à ma porte, elle vous sera largement ouverte. » C'est avec cette générosité délicate et toute spontanée qu'il participa à nos succès, en encourageant et soutenant les premiers pas de notre Association, qui gardera une reconnaissance éternelle à ce généreux et dévoué bienfaiteur.

Henri Roussel était l'un de nos premiers et de nos plus jeunes associés. Il a succombé à 32 ans, victime du devoir professionnel au début d'une carrière pleine de promesses. Nous avons adressé à sa veuve le témoignage de notre participation à sa douleur et à ses regrets.

Si les deuils ne nous ont pas été épargnés, si nous sentons vivement toute l'étendue de nos pertes, l'amertume en est atténuée par les bonnes volontés nouvelles qui sont venues se grouper autour de nous, et aussi par le mouvement de plus en plus accentué que notre initiative a provoqué en dehors de notre sphère propre, chez ceux de nos confrères qui ne cèdent pas au parti pris, et qui se sont donné la peine d'étudier le principe et le maniement de notre Association.

Ce mouvement, que nous vous avons déjà signalé l'année dernière, a pris, en province, une extension qui s'est déjà manifestée par des projets à l'étude dans un grand nombre de départements, parmi lesquels il nous suffira de citer : la Haute-Garonne, la Gironde, l'Allier, la Loire, les Vosges, la Somme, le Maine-et-Loire, l'Oise, Seine-et-Oise, dans lesquels nous savons l'organisation de l'assurance-maladie entre médecins décidée en principe.

A ce propos, je ne puis m'empêcher de signaler particulièrement à votre attention un remarquable rapport de M. le docteur Surmay (de Ham), président de l'Association locale de Saint-Quentin, qui étudie et discute avec un grand sens pratique les projets de rattachement, selon l'un de nos vœux les plus ardents, de notre principe d'association à l'Association générale.

Mais ces efforts, que nous sommes heureux de signaler comme autant de témoignages en faveur de la bonté et de la vitalité de notre idée, concernent surtout son extension et sa généralisation dans l'avenir.

Tout en favorisant, de notre mieux, ce mouvement en dehors, nous devons, présentement, concentrer, dans la sphère légale qui nous est attribuée, nos efforts d'activité et de propagande, afin de développer de plus en plus, ce qui est une condition de prospérité et de richesse de l'œuvre, son effectif et sa cohésion.

C'est dans ce but que nous faisons un nouvel et pressant appel à votre zèle pour donner à cette propagande la plus grande activité possible.

Certes, mes chers confrères, vous nous avez donné une grande preuve de confiance en acceptant, sans contrôle pour ainsi dire, les affirmations des fondateurs de l'Association sur la légitimité de nos prévisions.

Bien que cette confiance ne se soit pas démentie un seul instant, et bien que les résultats acquis la justifient pleinement, elle ne nous suffit plus, et il faut qu'une conviction absolue de la sécurité de notre œuvre la remplace dans vos esprits.

Pour vous communiquer et déterminer cette conviction, nécessaire non seulement à l'avenir de notre Association, mais au bien de l'Association tout entière, nous avons repris et complété, avec la collaboration dévouée de M. le docteur Rondeau, les études statistiques qui ont servi de base à notre organisatiou.

Les résultat de ce nouveau travail sont consignés dans une série de tableaux qui vous seront soumis; vous en apprécierez facilement la signification, et vous y puiserez de puissants arguments pour vous armer dans les efforts de propagande que nous sollicitons de vous.

M. le Secrétaire général a bien voulu assumer seul la tâche de résumer ce travail et de vous l'exposer; tâche qui, sous des apparences dont la simplicité et la clarté objective font toute la valeur, cache un travail considérable, pour lequel notre secrétaire général mérite toute notre reconnaissance, dont vous ne lui marchanderez pas, j'en suis convaincu, le témoignage.

Je m'empresse de lui céder la parole, après vous avoir prié de voter des remerciements à M. le Doyen de la Faculté pour l'hospitalité gracieuse qu'il nous accorde chaque année, et à MM. les administrateurs sortants, dont le concours dévoué a été si précieux pour le fonctionnement régulier et la prospérité croissante de notre Association.

Conclusions du Secrétaire général.

« 1° La moyenne générale des risques de maladie, de 25 à 70 ans, est de 8,96 journées (frais de gestion compris). C'est à cette moyenne qu'il faut s'en tenir.

2° C'est à 61 ans que les risques couvrent la cotisation, et que, même si tous les associés avaient cet âge, l'Association peut facilement marcher.

3° Il faudrait que tous les associés eussent plus de 61 ans (ce qui est inadmissible) pour qu'il y ait déficit.

4° En comparant les risques de déficit avec les risques de bénéfice, l'avenir est absolument assuré. »

FORMULAIRE

Potion contre le lumbago, — Hollister.

Iodure de potassium.............	15	grammes.
Bromure de potassium............	15	—
Teinture de semences de colchique.	30	—
Sirop d'écorces d'oranges amères...	50	—
Eau distillée	150	—

F. s. a. — Une cuillerée à café de cette potion, 3 ou 4 fois le jour. — Augmenter la dose, jusqu'à ce que l'intestin soit légèrement impressionné. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique est composé ainsi qu'il suit : M. Brault, chef des travaux; M. Widal, préparateur; MM. Legry, Parmentier, Guinon et Nicolle, moniteurs.

Le personnel du laboratoire d'anatomie pathologique est composé ainsi qu'il suit : M. Chantemesse, chef du laboratoire; M. Toupet, préparateur.

Un congé est accordé à M. Roussy, chef du laboratoire de thérapeutique.

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 17 mars 1890. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. (Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices.) Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

Conditions d'admission : 1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le payement de droit afférents à l'inscription de janvier 1890 (quatorzième inscription);

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1889-1890 : Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le payement des droits réglementaires (40 francs);

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 2), de midi à trois heures, du 10 février au 8 mars. Après cette date nul ne pourra être admis. Des lettres de convocation seront adressées au domicile des étudiants inscrits;

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Hôpital de la Chatre. — Le général de division de Beaufort, décédé, a légué une somme de 140,000 francs à l'hospice de la Châtre.

Hôpital français de Londres. — Sir Polydore de Keyser, maire de Londres, a, dans une réunion officielle, récemment rappelé que l'hôpital français donnerait son dîner annuel le 15 février, et il a exprimé l'espoir que tous ceux qui ont joui de l'aimable hospitalité de Paris pendant l'Exposition apporteraient leur obole à cette institution de charité. (*Prog. méd.*)

Médecin clandestin. — Le parquet de Château-Gontier, saisi des plaintes d'un grand nombre de personnes, vient d'ouvrir une enquête sur un fait bizarre et monstrueux qui s'est produit dans la région. Un de ces individus qui, dans les campagnes, exercent clandestinement la médecine, avait une façon toute particulière de soigner ses malades. Il allait dans les cimetières, ramassait les os desséchés, prenant de préférence les crânes humains. Il faisait bouillir ces ossements, les pulvérisait et les donnait en poudre à ses clients pour certaines maladies spéciales. Il y a encore beaucoup, dans les campagnes, de ces prétendus médecins, de ces sorciers jeteurs de sorts. Qu'on n'épargne pas celui-là ! (*Progrès médical.*)

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis — M. le professeur FOURNIER.

De la gale.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui de la gale, maladie dont la connaissance doit être familière à tous les médecins. Une erreur sur la gale expose le malade à une existence intolérable par suite des démangeaisons dont il souffre et, de plus, le rend un objet de dégoût à cause des éruptions dont il est couvert. Enfin, cette erreur peut être suivie de la dissémination de la maladie, facilement contagieuse dans les familles. En ce qui nous concerne, un faux diagnostic sur ce point peut jeter sur nous un ridicule considérable et nous faire le plus grand tort. Que pensera-t-on, lorsque la véritable nature de la maladie sera connue, d'un médecin qui aura donné à un galeux de l'iodure de potassium, du mercure ou de l'arsenic, qui l'aura envoyé à Vichy, à Néris ou à Luchon. Tout praticien doit donc connaître la gale, la bien connaître, la connaître à fond.

La définition de la gale est facile. La gale est une maladie qui reconnaît pour cause la présence, dans la peau, d'un parasite appelé acare. Elle se caractérise par deux ordres de symptômes : des démangeaisons intenses survenant surtout la nuit et des manifestations cutanées diverses dont la plus caractéristique est le sillon. La gale atteint toutes les classes, aussi bien les gens du peuple que les familles vivant dans les conditions les meilleures, enfin elle est extrêmement fréquente.

Le nombre des galeux qui se sont présentés à Saint-Louis dans deux années prises au hasard vous donnera une idée de cette fréquence.

En 1878, il est venu aux consultations 3,809 galeux; en 1886, il s'en est présenté 5,987. Ces chiffres éloquents dispensent, il me semble, de tout commentaire.

Quelle est la cause de la gale ? En quoi consiste-t-elle ? Cette cause est un animalcule bien connu de l'ordre des arachnides et de la famille des acariens. On l'appelait autrefois ciron ou mite de la gale. Linné lui a donné le nom d'*acarus scabiei* et on le désigne aussi sous celui de sarcopte.

L'acare de la gale est tout petit, pas assez petit cependant pour ne pouvoir être vu qu'à la loupe. Son volume correspond à peu près à celui d'un petit grain d'amidon.

Quand on emploie pour le regarder un grossissement de 50 à 100 diamètres, on voit que l'animal à un corps ovale dont le thorax est confondu avec l'abdomen et la tête en grande partie incluse dans le thorax; la forme géné-

rale peut être comparée à celle d'une tortue. Le dos est convexe et présente des spicules ou piquants ; le ventre, plat, porte les organes reproducteurs et quatre paires de pattes disposées deux par deux, deux antérieures et deux postérieures; il y a donc en tout huit pattes. La tête est armée de quatre mâchoires ou mandibules.

Les sexes sont distincts et il importe de les différencier. La femelle se reconnaît par deux caractères : son volume et la structure de la patte interne postérieure. Elle est plus grosse que le mâle, qui n'a que 1/5 de mill. de long, tandis qu'elle atteint jusqu'à 1/3 de mill. Les pattes antérieures sont semblables chez tous les acares et présentent des petites ventouses à l'aide desquelles l'animal se cramponne, se promène ; chez la femelle, les deux paires postérieures sont pourvues de longues soies, mais chez le mâle, les pattes internes de ces deux paires sont terminées par des ventouses. Les naturalistes croient que cette disposition aide le mâle à saisir la femelle et favorise ainsi la copulation.

Quelques mots sur les habitudes et les mœurs de l'animal. L'acare est un parasite cutané, mais n'habite pas la surface des téguments. Toute son existence, au contraire, se passe dans l'intérieur de la peau ; c'est la taupe de la peau, si je puis m'exprimer ainsi. Enlevé à son habitat naturel, il ne bouge plus et finit par mourir.

Il est facile de vérifier sans danger la façon dont l'acare se comporte quand il arrive sur l'épiderme. Il reste d'abord à peu près immobile, comme incertain, il s'agite ensuite un peu, enfin, quand il a trouvé un endroit qui lui semble favorable, il se redresse sur ses pattes postérieures et prend une position oblique. Il incise alors la peau obliquement, à droite, à gauche, s'enfonce peu à peu, puis, continuant sans relâche son travail, finit par creuser un trou dans lequel il s'enfonce, ne laissant plus voir que ses soies postérieures. Il convient alors d'arrêter l'expérience, afin d'éviter sûrement de gagner la maladie.

Le parasite se loge dans les couches profondes de l'épiderme, au dessus du corps muqueux et quelquefois dans son intérieur ; il évite avec soin les couches superficielles où il ne trouverait que des cellules épidermiques mortes, dont il ne pourrait se nourrir. Une fois plongé dans l'épiderme, l'animal se conduit différemment, selon qu'il est mâle ou femelle. Le mâle reste tranquille et ne travaille plus, la femelle, au contraire, creuse un véritable tunnel qui se trouve à égale distance de la surface de l'épiderme et des papilles. Au fur et à mesure qu'elle creuse, elle pond derrière elle et ceci nous rend compte du signe capital de la gale, le sillon.

Encore quelques mots, Messieurs, sur les mœurs du sarcopte ; on a dit qu'il était noctambule, que c'était un rôdeur de nuit. C'est là une calomnie ; un fois dans la peau, l'animal y trouve sa subsistance, et il y reste. Il n'y a de rôdeurs que les sarcoptes qui ont été arrachés par les doigts. Cependant ils sont plus actifs la nuit que le jour. Un interne de Saint-Louis, Aubé, qui a fait de nombreuses recherches sur leurs habitudes, a vu que, tant que brillait le soleil, ils ne bougeaient pas ou peu, mais qu'ils se promenaient pendant l'obscurité et parcouraient alors un même chemin quatre fois plus vite.

On a cherché à déterminer la durée de la vie de l'acare. Elle est d'à peu près six semaines à deux mois, et, pendant ce temps, la femelle pond environ une cinquantaine d'œufs. La ponte commence à l'âge de quinze jours, si bien que la femelle est mère à quinze jours, grand'mère à trente

et bisaïeule à quarante-cinq, à peu près au moment où elle est arrivée au terme de sa vie. Comme chaque femelle pond ses cinquante œufs, on voit qu'en peu de temps la multiplication est considérable; cela nous explique la facile diffusion de la gale sur le corps.

L'acare a la vie dure; séparé de la peau, il fait le mort, mais, cependant, revient facilement à la vie. Il résiste à l'immersion. Expérimentalement, il ne meurt qu'après un séjour de sept jours dans l'eau froide et de dix jours dans l'eau chaude. Dans une solution de savon noir, il vit deux jours, trois jours et même quatre jours. Heureusement que quelques substances le tuent facilement; telles sont le soufre, le pétrole, l'essence de térébenthine, etc.

Voyons maintenant les symptômes de la gale qui, à cela près de quelques complications sympathiques du côté du système nerveux, se passent tous sur la peau.

La maladie a deux grands symptômes; les démangeaisons et les affections cutanées. Esquissons-en d'abord un tableau général. Entre cinq et dix jours après la contagion apparaît un petit point partiel, siégeant au lieu contaminé, qui augmente peu à peu, et force bientôt irrésistiblement le malade à se gratter. Bientôt se produisent de petites papules disséminées, puis tout augmente rapidement. Les démangeaisons deviennent intenses, féroces et présentent une exacerbation nocturne très nette. La peau se couvre alors d'éruptions diverses et la maladie peut persister ainsi d'une manière indéfinie.

Etudions maintenant en détail la symptomatologie de la gale. Les démangeaisons ont une cause facile à saisir, puisque l'animal se gite au voisinage des papilles du derme. Elles ont une intensité remarquable, variable cependant selon l'âge de la maladie et le tempérament des malades. Peu accentuées au début de la gale, elles deviennent intolérables quand elle est ancienne; elles sont aussi plus fortes chez les sujets nerveux ou dartreux. Leur grand caractère est d'être nocturnes. Le jour, le malade est tranquille; puis, quand vient le moment du repos, qu'il commence à se déshabiller, et surtout que, couché depuis quelques instants, il a pu se réchauffer, apparaît d'abord un léger prurit à peu près généralisé; ce prurit se localise bientôt aux points le plus affectés et devient intense, cruel, atroce, au point d'empêcher tout sommeil. Les changements de place dans le lit le calment un peu en rafraîchissant la peau, mais il reprend bientôt de plus belle. Le matin seulement, vaincu par la fatigue, le galeux peut goûter quelques instants de repos. Au jour survient la sédation.

Lorsqu'un malade vient se plaindre à vous qu'il a des démangeaisons et que ces démangeaisons sont presque exclusivement nocturnes, vous pouvez presque à coup sûr porter le diagnostic de gale.

Passons maintenant à l'étude des phénomènes objectifs, des dermatoses. Il y en a de deux ordres, suivant qu'il s'agit d'une dermatose mécanique produite par l'acare et son passage ou de manifestations symptomatiques de l'irritation de la peau.

La première est le sillon. Comme vous le savez, Messieurs, il y a bien peu de signes pathognomoniques en pathologie. On peut citer la crépitation des fractures, les râles crépitants et les crachats rouillés de la pneumonie, mais on n'en trouverait pas beaucoup d'autres. Eh bien, pour la gale, nous avons un signe qui n'appartient qu'à elle, le sillon.

Ce sillon est l'apparence extérieure du tunnel creusé par le sarcopte

femelle. C'est une petite traînée sur la peau, identique à celle que produirait la pointe d'une aiguille; on peut la comparer aussi à la trace que laisse une plume sèche promenée sur une feuille de papier. Le sillon peut présenter trois couleurs différentes : il est gris, noir ou blanc. Le plus ordinairement il est gris et se présente sous l'aspect d'une petite raie de couleur ardoisée plus ou moins foncée. Chez les gens malpropres, chez les ouvriers dont les mains sont fréquemment souillées par des poussières professionnelles, il est noir. Enfin, dans la pratique de la ville, il est blanc; c'est le sillon à l'usage des gens du monde, c'est-à-dire des personnes qui se lavent constamment les mains au savon. Quelquefois la forme du sillon est rectiligne; habituellement elle est incurvée, reproduit l'apparence d'une petite virgule. La longueur, dans les cas les plus communs, est de quelques millimètres, 1, 2 ou 3, quelques 6 ou 7 et même plus, puisque Hébra en a rencontré un qui avait 10 centimètres. Je m'empresse de dire que c'est là un fait à ne pas retenir, car nous ne verrons jamais de sillon de cette longueur. Les deux extrémités de la trace du sarcopte sont remarquables et faciles à distinguer. L'une s'appelle la tête, on y trouve une petite ouverture béante, déchiquetée; l'autre extrémité a reçu le nom de queue et forme une petite saillie : éminence acarienne do Bazin; cette saillie dépend, en effet, de la présence de l'animal dans le cul-de-sac du sillon.

Il est très facile de recueillir l'acare sur la peau; on cherche le sillon et on reconnaît ses deux extrémités, ce qui est très facile, l'éminence acarienne formant une petite saillie de teinte opaline. Puis, avec une épingle un peu mousse, on déchire l'éminence et on ratisse ensuite, pour ainsi dire, la peau; l'acare reste accroché à l'épingle. Pour pratiquer l'examen du sillon au microscope, on se sert de ciseaux courbés sur le plat, avec lesquels on excise facilement la partie atteinte sans faire le moindre mal au malade. On voit alors que la petite rigole intra-épidermique contient d'abord l'acare, dont la tête est tournée vers le cul-de-sac, puis, derrière des œufs en quantité, une demi-douzaine au moins, viennent ensuite des œufs cassés et de petits points noirs qui sont les excréments de l'animal. Les œufs placés derrière l'acare sont simplement granuleux, tandis que, plus en arrière, on voit les embryons apparaître.

Les sillons se rencontrent surtout dans certains lieux d'élection qu'il faut parfaitement connaître. Ce sont : 1° les mains au niveau des faces latérales des doigts, et surtout des commissures; 2° le bord interne du poignet; 3° la verge; 4° le bord antérieur de l'aisselle; 5° le nombril et quelques autres points. Pour la femme, après les doigts, c'est sur le sein qu'on rencontre le plus souvent la gale; chez l'enfant, c'est à la face palmaire de la main. Le nombre des sillons est très variable, et dans quelques gales pustuleuses, ils sont excessivement rares.

Il nous faut maintenant nous occuper de la description de toute un série de dermatoses symptomatiques causées par l'irritation qu'amène l'acare.

Elles sont multiples, d'aspects divers, et comprennent des éléments dermatologiques nombreux; de là le polymorphisme de la gale. Sur une seule main, on peut observer à la fois des papules, des pustules croûteuses et de véritables lacs purulents; il n'y a donc pas une éruption d'une seule espèce comme dans la variole ou la roséole, par exemple.

Les dermatoses de la gale ont un certain nombre de caractères communs que je vais vous décrire tout d'abord. Au début, elles sont partielles, puisque la contagion est d'abord partielle; elles ne sont pas disposées de la même

façon et, confluentes sur certains points, restent discrètes sur d'autres. Un galeux est loin d'avoir toute la surface du corps envahie; loin de là, il y a des foyers de confluence et des foyers respectés, et cette répartition irrégulière donne à la maladie une physionomie caractéristique. Les foyers de localisation sont au nombre de cinq principaux. Ce sont les mains, surtout au niveau des commissures digitales, et les poignets, du côté de la flexion; les fesses; l'aisselle au niveau de son bord antérieur, ce qui est précieux pour le diagnostic; les organes génitaux chez l'homme. La gale ne se développe pas sur les organes génitaux de la femme; chez elle, ce foyer de confluence est remplacé par celui du sein.

Certaines régions sont relativement respectées; c'est ainsi qu'il y a très peu de chose sur le cou, sur les épaules, très peu sur le dos, très peu sur le mollet. La tête est respectée, de telle sorte que la face et le cuir chevelu sont absolument indemnes; pourquoi, nous n'en savons rien. On a bien rencontré quelquefois des sillons sur le menton, sur le front, mais ce sont là de véritables curiosités négligeables en clinique.

De ce que je viens de vous dire, vous pouvez conclure déjà que les galeux ont une physionomie bien spéciale. Un malade a une éruption confluente, mais la tête est respectée; sur le corps, l'éruption n'est pas uniforme; criblé sur certains points, tels que les mains, les fesses, la verge, le malade présente à côté des régions presque indemnes, presque absolument respectées. Est-ce qu'il n'y a pas là un aspect particulier et significatif? Et ne peut-on pas, à l'aide de cet aspect, faire le diagnostic de gale, même sans avoir vu les sillons?

Quelques mots maintenant sur les éruptions symptomatiques envisagées en particulier. Il y en a trois, qui sont : 1° la miliaire acarienne; 2° le prurigo scabieux; 3° l'ecthyma scabieux.

La miliaire acarienne peut être très utile pour le diagnostic. Elle se caractérise par de petites vésicules dites perlées que l'on rencontre surtout sur les doigts et la main. C'est un petit soulèvement herpétiforme, gorgé de liquide et de teinte opaline. Il y a généralement très peu de vésicules; on en trouve, en tout, trois, quatre ou cinq. Cette éruption discrète est cependant très importante, car elle a presque la valeur du sillon pour le diagnostic.

La grande complication de la gale est l'eczéma, le prurigo scabieux constitué par une éruption de papules. A la surface de ces papules, on trouve souvent soit une croûte sanguine noire, soit une croûte jaunâtre formée par de la suppuration desséchée. Quelquefois les papules sont assez volumineuses. Cette éruption est prépondérante et domine la situation dans la gale.

Quand la maladie dure déjà depuis quelque temps apparaît l'ecthyma scabieux. Il est constitué par des éléments pustuleux plus ou moins développés et variant depuis la petite pustulette grosse comme une tête d'épingle jusqu'à la pustule aussi volumineuse qu'un pois. Ces pustules sont des collections purulentes, elles sont jaunes et il en sort du pus quand on les ouvre. Cet ecthyma se localise en certains points qui sont assez caractéristiques pour servir au diagnostic : ce sont la main, le pied, les fesses et le coude. Quand on rencontre sur l'une de ces quatre régions cette lésion pustuleuse, cette sorte de variole des mains, des fesses, des pieds, passez-moi l'expression, cela veut dire gale; quelques dermatoses professionnelles mises à part, cette lésion n'est et ne peut être que la gale. Les localisations

de l'ecthyma sont d'autant plus utiles à bien connaître que les gales pustuleuses n'ont pas de sillons, ou du moins qu'ils y sont absolument rares, de telle sorte que l'on peut les chercher plusieurs heures sans les rencontrer.

J'en ai fini, Messieurs, avec les symptômes les plus habituels de la gale et commencerai la prochaine leçon par l'étude de ses complications.

(A suivre.)

Association générale des médecins de France.

Le Conseil général de l'Association a adressé la circulaire suivante aux Présidents des Sociétés locales :

Paris, 5 février 1890.

Monsieur et très honoré confrère,

La dernière assemblée générale de l'Association des médecins de France (13 mai 1889) a pris en considération le vœu de la Société de l'Aveyron, « tendant à obtenir, le plus tôt possible, une réforme du décret de 1811, concernant les honoraires à attribuer aux médecins pour les opérations médico-légales. »

Comme toutes les Sociétés locales, votre Société a reçu notification de ce vœu (Circulaire du 12 juin 1889), et elle a été invitée à donner, sur cette proposition, son opinion motivée, d'abord sur la question de principe qu'elle soulève, et, en cas d'avis favorable, sur les détails qu'elle comporte, afin de permettre à l'assemblée générale prochaine d'aboutir à une solution pratique.

Vous connaissez les faits qui se sont produits depuis, relativement à cette question, et qui ont précédé la circulaire adressée, le 22 janvier 1890, par M. le ministre de la justice à MM. les procureurs généraux.

Aux termes de cette circulaire, officiellement transmise à MM. les Présidents des Sociétés locales de l'Association générale, « les Associations de médecins de chaque ressort sont consultées sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable. »

L'assemblée générale de l'Association, du 14 avril prochain, va avoir à se prononcer sur le vœu tendant à la réforme du décret de 1811, en ce qui touche les honoraires des médecins légistes.

Complétant ou précisant son premier vœu, la Société de l'Aveyron a demandé au Conseil général, qui l'a accepté, de soumettre, en outre, au vote de l'assemhlée générale, l'article additionnel ci-après :

« Modifications qu'il y a lieu d'apporter au tarif de 1811. »

C'est dire que l'assemblée n'aura pas seulement à formuler une appréciation générale des dispositions du décret relatives aux honoraires des médecins légistes; mais qu'elle devra se prononcer nettement sur les éléments et chiffres du nouveau tarif qu'elle pourra proposer de substituer à celui de 1811.

Ces éléments indispensables ne pourront être réunis et présentés dans leur ensemble à l'assemblée générale du 14 avril, qu'autant que chaque Président de Société locale voudra bien adresser d'urgence au secrétaire général du Conseil — qui les centralisera pour les communiquer à la commission et au rapporteur — les propositions détaillées, émanées de sa Société, avec indication du chiffre d'honoraires qu'elle jugera devoir être dorénavant appliqué aux divers services dont les médecins sont chargés par la justice.

Votre sagesse saura concilier, dans le projet que vous voudrez bien m'adresser, les intérêts de la profession médicale, le souci de sa dignité, de sa réputation justement méritée de dévouement aux intérêts publics, avec les exigences du temps présent et celles de l'administration de la justice. Si le médecin est réduit à solliciter une rémunération légitime et honorable pour les services si nombreux et — il faut le dire — de plus en plus onéreux et difficiles qu'il rend aux Parquets, si le médecin a montré tant de

patience dans l'attente d'une législation plus favorable, il sait ce qu'il est de son honneur et de son intérêt bien entendu de proposer, en réponse à la consultation qui lui est adressée.

Les détails très précis que je sollicite de votre Société, les comptes rendus des assemblées des Sociétés locales, la présence des délégués de ces Sociétés permettront à l'assemblée générale du mois d'avril de se prononcer avec une autorité d'autant plus grande que les divergences entre les propositions des différentes Associations auront fait place à l'accord à peu près unanime du corps médical. La solution pourra donc être considérée comme représentant l'opinion de la majorité des médecins français.

Déjà, plusieurs Sociétés locales ont spontanément adressé leurs propositions détaillées au Conseil général de l'Association. Je vous prie instamment, Monsieur et cher confrère, de transmettre au secrétariat général du Conseil celles de votre Société, avant le 1er mars, dernier délai.

Il est bien entendu que cet envoi ne vous dispense nullement de la réponse *officielle* qui vous a été demandée par M. le ministre de la justice.

Veuillez agréer, Monsieur et cher collègue, l'expression de nos sentiments très distingués.

Le Secrétaire général, Dr A. Riant. — *Le Président de l'Association,* Dr H. Roger.

BIBLIOTHÈQUE

Du transformisme et de la génération spontanée, par Ch. A. Rohaut. Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Ce petit ouvrage est précédé d'une lettre-préface de M. le docteur Peter, dans laquelle ce dernier félicite l'auteur de croire à la génération spontanée sous conditions, au transformisme avec réserve, et de montrer que les expériences de Pasteur sur la génération spontanée ne signifient pas ce qu'il pense.

Pour M. Rohaut, en effet, un grand nombre d'espèces d'un ordre inférieur naissent spontanément, encore aujourd'hui, en dehors de tout être semblable. Par contre, le transformisme existerait pour les espèces supérieures. Il y aurait donc deux modes de création des espèces.

Les idées de l'auteur sont très personnelles, et son ouvrage, écrit facilement, sera lu avec profit pour tous ceux qui s'intéressent aux grands problèmes naturels. — P. Ch.

Lunettes et pince-nez, étude médicale et pratique, par Georges J. Bull. Paris, Masson, 1888.

Ce petit livre est destiné à la fois aux malades et aux oculistes. Aux premiers, il apprendra le pourquoi des recommandations qui leur sont faites et leur rappellera les précautions qu'ils sont si souvent tentés de négliger. Aux seconds, il donnera des notions nettes et claires sur certains points spéciaux de la pratique de l'oculistique et, comme le dit M. Javal dans sa préface, nos confrères de la spécialité liront certainement avec plaisir la partie où il est traité de l'inclinaison des verres et de leur décentration, aussi bien que celle qui est consacrée avec verres périscopiques et aux pince-nez. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 février. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un travail sur la statistique de l'impaludisme aux environs de Cherchell (Algérie) pendant le deuxième semestre de 1889, par M. le docteur Perronnet;

2° Une note sur la grippe chez les employés d'octroi à Paris, par M. le docteur Monin.

— M. Laboulbène cite quelques faits de *pneumonie érysipélateuse.* Il a vu, à Sainte-Périne, l'érysipèle être suivi de pneumonies spéciales mortelles passant d'un poumon à l'autre. Il y eut huit personnes atteintes et la contagion est manifeste. Certains malades n'eurent que la pneumonie double sans érysipèle.

— M. Dujardin-Beaumetz fait un rapport sur un travail de M. Valude (de Vierzon) relatif à l'emploi du *panbotano* comme succédané de la quinine. L'écorce de cet arbre ne contient, d'après M. Villejean, ni alcaloïde, ni glucoside.

M. Valude emploie la macération de préférence à la décoction et administre 70 gr. d'écorce que l'on fait bouillir dans un litre d'eau jusqu'à réduction à un demi-litre, que le malade absorbe en vingt-quatre heures. Sur huit cas de fièvre tierce, il y eut huit guérisons avec une ou deux doses. Quelquefois, le médicament amène des nausées et des vomissements.

Actuellement, M. Dujardin-Beaumetz pense que l'on ne peut se prononcer sur la valeur réelle du panbotano; ce sujet exige de nouvelles recherches.

— M. Renaut fait une communication sur la *myocardite segmentaire* caractérisée anatomiquement par la dissociation du tissu musculaire du cœur, tenant elle-même au ramollissement du ciment qui unit les cellules cardiaques. Cette altération peut être secondaire à diverses affections du cœur, ou exister seule. Dans ce dernier cas, le myocarde est jaunâtre ou grisâtre, mou, facile à déchirer sous le doigt. Il y a alors des foyers de dissociation plus ou moins disséminés, quelquefois généralisés à tout l'organe. Les muscles papillaires de la mitrale sont atteints dans tous les cas.

La maladie frappe surtout les vieillards. Il y a arythmie du pouls et du cœur sans hypertrophie préalable; le pouls n'offre jamais l'apparence de celui de l'asystolie des affections valvulaires.

M. Renaut décrit deux formes de pouls sénile myocardique : le *faux pouls régulier* et le *pouls arythmique vrai multiforme.* Dans le premier, les pulsations artérielles ne sont plus ni équipotentielles ni équidistantes; dans le second, on voit constamment les pulsations changer de hauteur, de distance entre elles. D'un tracé à l'autre ou du commencement d'un tracé à la fin, l'amplitude passe de 8 millimètres à 20, puis retombe à 10 ou 12 millimètres. Les variations de ce pouls sénile ne peuvent se décrire.

Les autres signes de la maladie sont : l'effacement du choc précordial localisé; la matité rectangulaire du cœur limité par quatre bords droits, parallèles deux à deux; l'affaiblissement des bruits normaux; le souffle systolique médio-cardiaque transitoire ou permanent qui a son siège à la partie moyenne entre la pointe et la base, et se propage très peu; il ne s'accompagne pas de bruit harmonique surajouté. Le souffle varie fréquemment d'intensité chez le même malade selon les conditions de la circulation.

Il n'y a jamais de retentissement sur le foie ni de dilatation du cœur droit. Assez fréquemment il y a un peu d'œdème des malléoles.

La mort survient par syncope brusque, plus fréquemment par asystolie. Une simple bronchite, le plus léger traumatisme suffisent pour précipiter les accidents.

Le cœur des vieillards est presque fatalement atteint par la maladie. Quand le malade est d'âge moyen, elle relève de l'alcoolisme, des fièvres graves, de la fièvre typhoïde surtout.

Le traitement consiste surtout dans l'emploi de la digitale et des toniques généraux. La bronchite tenace des vieillards doit être soignée par la digitale et l'ergot de seigle.

— M. Panas a étudié l'action anesthésique sur la conjonctive de la *strophantine et de l'ouabaïne.*

Les conclusions sont que : 1° l'ouabaïne, douée de propriétés anesthésiques chez le lapin, ne paraît pas avoir d'action sur l'œil humain;

2° La strophantine, bien que supérieure dans son action à l'ouabaïne, doit, à cause de ses propriétés irritantes très vives sur l'œil humain, céder le pas à la cocaïne.

Il en est donc de la strophantine comme de l'érythrophléine et de tous les anesthé-

siques locaux proposés jusqu'ici. Seule la cocaïne doit continuer à mériter la faveur des ophthalmologistes, au moins jusqu'à nouvel ordre.

— M. Charrin donne la description d'un nouveau procédé d'*entérorrhaphie circulaire* employé pour guérir une fistule stercorale compliquée. Le bout inférieur de l'intestin était rétréci par un anneau rigide.

M. Charrin réséqua les deux bouts et décrit ensuite son procédé de la façon suivante : « Avec la curette tranchante, j'abrasai la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre et sur toute la circonférence des deux bouts de l'intestin. J'appliquai une série de points de sutures, mettant en contact les surfaces internes avivées. Cette première ligne de sutures donnait lieu à une crête saillante, dont on aura facilement idée en se figurant deux chapeaux posés l'un sur l'autre, bords contre bords. Je cautérisai alors largement la ligne de suture à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100, afin de favoriser les adhérences péritonéales. Puis j'exécutai une suture de Lembert, passant de chaque côté à 1 centimètre de la première ligne de sutures. Cette dernière disparaît au fond d'un sillon lorsque les seconds fils sont serrés. L'aspect de la suture, sur une coupe verticale, est assez semblable à la figure qu'on obtiendrait en plaçant deux S en regard et en les suturant par leurs parties contiguës. La suture achevée, je coupai tous les fils au ras, sauf un seul dont je passai les deux chefs à travers les lèvres cutanées, et que je nouai ensemble lâchement. Pas de réunion de la plaie cutanée. Le lendemain, la malade expulsa son intestin au dehors dans un effort de vomissement. J'arrivai peu d'heures après l'accident, je lavai l'anse au sublimé et réduisis. Je pus constater que la ligne de sutures était à peine visible; les fils avaient disparu dans l'épaisseur des tissus. La malade guérit sans fistule et sans autre incident. »

M. Gréhaut a recherché la quantité d'acide cyanhydrique qui, introduite dans le sang, déterminait la mort. Un centième de centimètre cube tue en 40 minutes un chien de 10 kilogr. 600. Il ne s'élimine que très peu par les poumons et se fixe sur les éléments histologiques. L'air qui circule dans les poumons enlève beaucoup moins d'acide carbonique au sang qu'à l'état normal, et, par suite, il fournit à ce liquide moins d'oxygène. On peut en conclure que l'acide cyanhydrique apporte un trouble profond dans les phénomènes de la respiration intime des tissus et de la calorification.

— La séance est levée, et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Nocard sur les candidats au titre de correspondant étranger (3e division). La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lemoigne (de Milan); en deuxième ligne et *ex-æquo*, MM. Bagge (de Copenhague), Fleming (de Londres) et Wirtz (d'Utrecht).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Anurie calculeuse durant huit jours et suivie de guérison. — Contagion de la grippe. — Urobilinurie dans la grippe.*

M. Féréol rapporte l'observation d'un homme de 49 ans, goutteux par hérédité depuis plus de vingt ans sans avoir jamais soigné sa goutte, qui avait eu en l'espace de deux mois deux crises d'anurie de vingt-quatre heures, précédées de douleurs vagues dans les reins et d'hématurie, puis suivies d'émission d'urine claire, non albumineuse, et d'un petit calcul urique.

Il en eut récemment, à la suite de prodromes semblables, une troisième qui dura huit jours pleins. Il urina peut-être vingt gouttes d'urine foncée pendant cette semaine.

Puis l'anurie cessa brusquement et, en vingt-quatre heures, le malade expulsa dix litres d'urine aqueuse contenant 14 gr. 70 d'urée par litre, soit 170 grammes pour les vingt-quatre heures. En même temps sortaient un calcul urique gros comme un pois et plusieurs petits.

Pendant les huit jours d'anurie, le malade éprouva peu de symptômes pénibles, sinon

une faible douleur du côté droit; la vessie était vide. On nota seulement, comme indices possibles d'intoxication dans les deux derniers jours de la crise, le ralentissement du pouls, qui tomba à 52, l'abaissement de la température (37°) dans le rectum, la dilatation pupillaire, une sensation subjective d'odeur ammoniacale dans les urines.

Le traitement complexe consista en ventouses sèches sur la région lombaire, électrisation matin et soir, inhalations de quinze litres d'oxygène par jour, un litre et demi de lait, un demi-litre d'eau de Vichy et un demi-litre d'une eau alcaline très peu minéralisée, potion diurétique de Beaujon. Bain de quinze minutes le cinquième jour; purgation avec eau-de-vie allemande et sirop de nerprun le septième. 0 gr. 30 centigrammes de caféine en potion avaient été pris le matin du jour où eut lieu la débâcle.

Se demandant quel a pu être le mécanisme de cette anurie, M. Féréol écarte l'hypothèse d'un rein unique, qui ne lui paraît pas conciliable avec l'hypersécrétion considérable effectuée pendant les vingt-quatre heures qui ont suivi la crise; il accepte l'hypothèse d'une inhibition réflexe exercée par le rein bouché sur le rein sain et ayant cessé brusquement quand l'obstacle a été levé.

Le peu d'intensité de la douleur permet de penser que le calcul n'était pas engagé dans l'uretère, mais était resté dans le bassinet, au niveau de l'orifice supérieur de l'uretère, ou à l'orifice inférieur de celui-ci, au niveau de la valvule qui rétrécit son abouchement dans la vessie. On n'a constaté ni dilatation de l'uretère, ni hydronéphrose, ni augmentation notable du volume du rein.

L'urée a dû s'accumuler dans le sang, car rien n'indique qu'il se soit fait une élimination vicariante par d'autres émonctoires. La peau était sèche, il y eut de la constipation, sauf un litre environ de selles aqueuses le jour de la purgation.

Seize jours après la crise, le malade est à peu près en bonne santé, sauf quelques douleurs lombaires légères et l'émission quotidienne d'un peu de gravelle urique.

M. Royet (de Saint-Benoit-du-Sault) a observé un cas qui mérite d'être rapproché du précédent. Un homme de 80 ans, atteint de goutte tophacée, a présenté une énorme dilatation de l'uretère gauche par des graviers, sans accidents urémiques ni anurie. Quand les calculs eurent été éliminés et que la tumeur eut disparu, il y eut plusieurs crises successives d'anurie, mais dont aucune ne dépassa trente-six heures.

M. Hayem trouve que le cas de M. Féréol va à l'encontre de l'opinion généralement admise suivant laquelle un homme adulte fabrique en trois jours assez de poisons urinaires pour se tuer.

Le malade de M. Féréol avait de la dilatation pupillaire, ce qui ne cadre pas avec l'opinion de Roberts, qui considère le myosis comme caractéristique de l'urémie par anurie prolongée.

Si on avait dosé la quantité de potasse contenue dans l'urine de la débâcle, on aurait pu contrôler l'opinion de Voit, Feltz et Ritter, qui ont admis que la toxicité des urines est proportionnelle à leur richesse en sels potassiques.

M. Hayem a toujours vu l'urée excrétée en abondance après une période d'anurie; celle-ci n'eût-elle duré que vingt-quatre heures, il a constaté par l'addition d'acide nitrique la formation d'un véritable culot de nitrate d'urée.

M. Hayem a vu un homme succomber au bout de neuf heures seulement d'anurie, mais probablement alors par syncope réflexe provoquée par l'intensité des douleurs de colique néphrétique.

M. Féréol dit que, dans les anuries de longue durée, la mort survient plutôt dans le coma, plus rarement dans les convulsions.

M. Ferrand fait remarquer que la tolérance pour l'anurie est variable suivant les individus. Il cite le cas d'un malade névropathe qui eut une rétention d'urine pendant sept jours; chaque soir le malade, ayant la vessie pleine, avait du délire et tombait dans le coma; on ponctionnait chaque jour la vessie, le cathétérisme étant impraticable, et les accidents urémiques cessaient aussitôt; mais, le soir suivant, quand la vessie était remplie, les accidents délirants et comateux reparaissaient.

Suivant M. Féréol, les accidents urémiques se produisent plus lentement dans l'anurie que dans la rétention d'urine.

— M. Antony (du Val-de-Grâce) a soigné dans son service 80 cas de grippe, dont 66 venus du dehors et 14 cas intérieurs; 18 fois il y eut grippe simple sans fièvre, 42 fois fièvre catarrhale, 14 fois bronchite capillaire (dont 2 décès avec streptocoques) et 6 fois broncho-pneumonie (dont 1 décès).

Les premiers cas intérieurs parurent dans le service trois jours après l'arrivée des grippés du dehors. Ceux-ci ayant été disséminés au hasard dans les salles près des malades les moins graves, les cas intérieurs éclatèrent toujours chez les malades du service un à quatre jours après l'installation d'un grippé dans le lit voisin. 8 malades graves qui se trouvaient dans la salle avant l'arrivée des grippés avaient été maintenus groupés dès le début; aucun d'eux ne fut atteint de la grippe.

M. Antony voit, dans ce mode particulier de dissémination de la grippe, un argument en faveur de la contagiosité.

M. Barth partage l'opinion de M. Antony sur la contagiosité de la grippe; il y a été amené sans idée préconçue par l'observation d'une épidémie intérieure qu'il a vue à l'hôpital Broussais; l'incubation était analogue à celle qu'a notée M. Antony. Il rappelle que la diffusion de la grippe, qui, dans tous les pays, a frappé d'abord la capitale, puis les villes secondaires, et enfin les plus petites localités, est en rapport plutôt avec les moyens de communication qu'avec la direction des vents.

M. Hayem a observé chez tous les grippés, en ville comme à l'hôpital, un symptôme qui n'a pas encore été indiqué, c'est une urobilinurie très marquée et proportionnelle comme intensité à la gravité des manifestations de la grippe.

Les faits qu'il a observés à l'hôpital Saint-Antoine ne seraient pas trop en faveur de la contagiosité; les cas intérieurs ont été excessivement rares.

M. Comby n'a eu non plus que 8 grippes sur 60 malades; il est vrai que 5 ont succombé.

M. Balzer n'a eu aucun cas intérieur à Lourcine. — P. L. G.

FORMULAIRE

Collyre anesthésique a la cocaïne. — De Saint-Germain et Valude.

Cocaïne....................	0 gr. 20 centigr.
Hydrolat de laurier-cerise....	X gouttes.
Eau distillée	5 grammes.

Faites dissoudre. — On instille dans l'œil une ou deux gouttes de ce collyre, toutes les trois minutes, toutes les dix minutes au plus, avant de commencer une opération sur la cornée ou sur la conjonctive, et pour calmer les affections inflammatoires et très douloureuses des parties externes de l'œil, chez les enfants. — Ne pas oublier que la cocaïne, instillée en excès, occasionne un ramollissement très marqué de l'œil; ce qui est un inconvénient, lorsqu'il s'agit de pratiquer l'extraction du cristallin. — Trois à quatre instillations de une à deux gouttes chacune suffisent dans la pluralité des cas. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 10 février 1890, des concours s'ouvriront devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille :

Le 10 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens;

Le 20 novembre 1890, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à la même Ecole.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Chaffard (Joseph-Louis-Jules-César) est institué chef de clinique ophthalmologique, en remplacement de M. Valude, démissionnaire.

NOMINATION. — Nous apprenons que M. le docteur Milan Vassitch vient d'être nommé médecin directeur de l'asile des aliénés de Belgrade. Ce sympathique confrère est un élève distingué de M. Lassègue.

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE DE VIENNE. — Il vient de se créer à Vienne une Société de dermatologie. Elle siégera tous les mercredis de quinzaine.

— Le Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira le mardi 27 mai prochain. Le bureau des sciences est ainsi composé :

Président, M. Berthelot; vice-présidents, MM. Mascart, Milne-Edwards, Darboux et Le Roy de Méricourt; secrétaires, MM. Angot et Vaillant.

— M. le docteur Hamy est nommé secrétaire du bureau de « Géographie historique et descriptive » du Congrès des Sociétés savantes.

— Le Conseil supérieur de santé des colonies est ainsi constitué : Président, M. l'inspecteur Treille; membres, M. le médecin en chef Kermorgant et M. le pharmacien principal Raoul; secrétaire, M. le médecin de première classe de la marine Auvray.

— M. le médecin principal Hyades est nommé membre du Conseil supérieur de santé de la marine à Paris, en remplacement de M. Treille, nommé président du Conseil supérieur de santé des colonies.

M. le médecin principal Vincent est nommé secrétaire du Conseil supérieur de santé de la marine, à Paris, en remplacement de M. Kermogant, nommé membre du Conseil supérieur de santé des colonies.

MORT ET OBSÈQUES DE CAILLET. — Nous lisons dans le *Lyon médical* :

« La diphthérie qui, pendant de longues années, a épargné le personnel médical et hospitalier de nos hôpitaux, au point de laisser croire que la contagiosité de cette maladie avait été singulièrement exagérée, vient de frapper coup sur coup plusieurs sœurs et des élèves des hôpitaux. L'année dernière, c'était le jeune Brossette, externe des hôpitaux; aujourd'hui, c'est un interne, M. Caillet qui succombe victime de son dévouement. A ses obsèques, qui ont eu lieu vendredi, se pressait une foule nombreuse, composée surtout du corps médico-chirurgical des hôpitaux, d'internes et d'étudiants en médecine. La Faculté de médecine était représentée par des professeurs et des agrégés.

« MM. A. Poncet et Ch. Audry ont prononcé à l'arrivée du cortège à la gare de Perrache quelques paroles de regret et de sympathie sur la mort prématurée de Caillet. »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 22 février 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Rougon : Rapport sur la candidature à l'honorariat de M. le professeur Peter. — 2. M. Rougon : Rapport sur la proposition de revision des statuts. — 3. M. Nicolas : Un cas d'eczéma aigu à la Bourboule. — 4. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), **Dyspepsies, etc., etc.**

Les CAPSULES DARTOIS constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

GOUTTES AMÈRES DE GIGON, stimulant de l'estomac.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Suppression de l'officiat de santé. — Création d'un diplôme de dentiste.

Encore quelque temps, et il n'y aura plus qu'un grade parmi les médecins. Depuis plusieurs années déjà, le nombre des officiers de santé allait en diminuant; la nouvelle loi militaire, en ne mentionnant pas la profession d'officier de santé parmi les carrières libérales exemptant les candidats du service, dans une certaine mesure, avait porté un rude coup à cette profession; enfin, la commission nommée par le Comité consultatif d'hygiène, pour examiner le projet de loi relatif à la réglementation de l'exercice de la médecine, a adopté le rapport présenté par M. Brouardel, dont la première conclusion est ainsi conçue :

« ARTICLE Ier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, ou une Faculté mixte de médecine et de pharmacie. »

Il est très probable que le Comité consultatif d'hygiène adoptera le rapport de la commission, et que bientôt on ne fera plus d'officiers de santé.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les élèves qui suivent en ce moment le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu assistent à des choses bien extraordinaires pour un service de chirurgie : le chirurgien désarmé a cédé son sceptre à un médecin. C'est qu'en effet il se passe des choses étranges dans la salle des femmes de ce service.

Une jeune femme fille entre à l'hôpital pour une lymphangite de la jambe droite, dont le point de départ est une écorchure du pied. Rien de plus ordinaire. La patiente a un petit air calme qui ne dénote rien de nerveux; on l'admet, on l'examine, on trouve que la lymphangite a donné naissance à un abcès de la bourse séreuse pré-rotulienne; on ouvre ledit abcès, on le draine et en quelques jours il est guéri.

Mais alors survient une série de phénomènes tout à fait inattendus. La jambe se plie par suite d'une contracture des muscles de la région postérieure de la cuisse. M. Verneuil endort la malade avec le chloroforme, redresse sans effort le membre et le met dans une gouttière plâtrée. Alors la hanche se prend, se met en adduction forcée, avec ascension et rotation en dedans, comme dans la seconde période de la coxalgie. M. Verneuil, qui connaît bien la coxalgie hystérique, pour l'avoir étudiée un des premiers en France avec son maître Robert, il y a quelque trente-cinq ans, chloroforme de nouveau

Cette mesure en amènera une autre : la rédaction d'un annuaire donnant la liste de toutes les personnes exerçant la médecine et pourvues d'un diplôme de docteur français, de docteur étranger, ou d'officier de santé; le public saura ainsi à quoi s'en tenir et ne sera plus exposé à être exploité par un docteur de la Faculté d'Iéna ou de Chicago, dont le diplôme aura été acheté à prix d'argent, sans examen. Il est probable qu'alors le gouvernement français retirera aux étrangers non diplômés la licence qui leur a été un peu trop libéralement accordée d'exercer la médecine en France.

Mais si l'on supprime les officiers de santé, que deviendront les écoles secondaires de médecine, qui jusqu'alors ne subsistaient que grâce à eux, en grande partie du moins?

Elles serviront dorénavant, paraît-il, à former des dentistes. On sait que, jusqu'ici, l'exercice de leur profession était libre. Le premier venu, possédant une certaine dextérité manuelle, pouvait se faire, de sa propre autorité, dentiste, du jour au lendemain, sans être tenu de justifier d'une éducation médicale quelconque. Aujourd'hui que les dentistes sont appelés à se servir journellement des anesthésiques, des antiseptiques, toutes substances éminemment dangereuses, à pratiquer sur les dents et la bouche des opérations à l'aide d'instruments variés, des cautères actuels et potentiels, parfois susceptibles de donner lieu à des hémorrhagies et à des inflammations graves, il n'est plus possible de tolérer un pareil état de choses, et le comité d'hygiène, d'accord avec la Faculté et le ministre, a demandé qu'on exige des dentistes des garanties suffisantes d'instruction médicale. Un projet de loi ne tardera pas à être déposé dans ce sens.

Il serait créé un diplôme spécial, pour les dentistes, dans les conditions indiquées par M. le docteur David, député des Alpes-Maritimes. Ces conditions seraient les suivantes : obligation d'un certificat d'études analogue au certificat de grammaire, inscription dans une Faculté ou dans une Ecole de médecine, dont on suivrait les cours pendant une année, stage de trois années chez un dentiste, examen de validation du stage, examen passé

la patiente, dont le membre inférieur reprend sa symétrie avec l'autre, et le met dans une gouttière de Bonnet. Mais aussitôt, et pour la première fois, éclate une crise de nerfs, qui confirme bien le diagnostic d'hystérie porté par l'éminent clinicien.

Autre étonnement le lendemain. Malgré la fixation dans la gouttière de Bonnet, le membre a subi une déviation en sens inverse : à la rotation en dedans, l'adduction et le raccourcissement ont succédé la rotation en dehors et l'abduction. De plus, la malade est prise de rétention d'urine.

En présence de ces phénomènes, M. Verneuil pense à son collègue M. Dumontpallier, qui exerce la médecine dans une salle voisine, et le prie de venir examiner sa malade. M. Dumontpallier, comme on le sait, a une compétence toute particulière dans les affections nerveuses et surtout dans leurs rapports avec l'hypnotisme. Il pense qu'on peut essayer l'influence du sommeil hypnotique sur ces phénomènes hystériques et essaie d'endormir la jeune malade. Ce fut la chose du monde la plus facile. En moins d'une minute, le sommeil était produit. Alors M. Dumontpallier suggéra à l'impotente de remuer son pied, d'allonger sa jambe et d'uriner à son réveil, une demi-heure après.

A la minute fixée, la jeune fille étendit les bras, bailla, se réveilla, appela l'infirmière, lui demanda le bassin, et... urina. Mais vous connaissez le phénomène du transfert : on est anesthésique à gauche, on vous rend anesthésique à droite; vous avez une rétention d'urine, on vous la change contre une incontinence; c'est justement ce qui eut lieu. M. Dumontpallier avait ordonné à la malade d'étendre la jambe; elle étendit la jambe, mais fut ensuite incapable de la plier.

devant un jury qui comprendrait un professeur de médecine, l'agrégé chargé du cours d'odontologie et un dentiste.

D'après ce projet, les études dentaires seraient, comme on le voit, assimilées aux études pharmaceutiques; mais elles en diffèrent en réalité, si elles paraissent semblables à première vue.

En effet, les élèves dentistes, comme les élèves pharmaciens, sont obligés de faire un stage de trois années chez un dentiste. Mais quel sera ce dentiste?

Le pharmacien, dans l'officine duquel l'élève fait son stage, est diplômé; il a fait les mêmes études théoriques que son élève, il présente des garanties scientifiques suffisantes; mais le dentiste offrira-t-il les mêmes garanties que le pharmacien? Là est la question, à laquelle on peut répondre négativement, sans crainte de se tromper. Combien existe-t-il de dentistes ayant obtenu un diplôme médical, soit chez nous, soit même à l'étranger? Je n'en sais pas le nombre exact, mais je ne crois pas qu'il dépasse 50, réparti sur toute la surface de notre territoire. Est-ce à ces 50 diplômés que l'autorisation de prendre chez eux des stagiaires sera accordée? Ou à tous les dentistes? Si c'est à tous les dentistes, j'avoue que la mesure me paraît peu acceptable. Si c'est aux dentistes diplômés seulement, j'y vois encore un autre gros inconvénient.

L'exercice de la profession de dentiste et celui de la profession de pharmacien se pratiquent dans des conditions toutes différentes. Le pharmacien exerce au grand jour, dans une boutique ouverte à tout venant; il n'y a pas chez lui, ni pour lui, ni pour ses élèves, à proprement parler, de secret professionnel; s'il y en a un, il réside dans l'ordonnance apportée par le client, et que seuls ses élèves ou lui peuvent voir. Il n'y a pas d'inconvénient à cela. Chez le dentiste au contraire, les choses se passent pour ainsi dire en secret; beaucoup de clients, quels que soient leur âge et leur sexe, n'ouvrent pas facilement leur bouche devant le premier venu; le médecin et le dentiste seuls jouissent de ce privilège; lorsque le dentiste confie une opération à un de ses aides, il faut voir la répugnance avec laquelle certains clients

---

Le lendemain, une nouvelle séance d'hypnotisme accentua l'amélioration; on suggéra à la malade de n'uriner que lorsqu'elle en aurait envie, de remuer la jambe droite comme la jambe gauche, de l'étendre sans raideur, et lorsque M. Verneuil arriva dans son service une heure après, la jeune personne était assise sur une chaise près de son lit, sans difformité, souriante, et levant la jambe au commandement, comme si elle n'eût jamais fait que cela.

Pourquoi, comment tout cela s'est-il passé? Quelle théorie admettre ? laquelle rejeter? Ce n'est pas ici le lieu de discuter ces graves questions ; aussi, remettons-les à plus tard.

Ceux qui sont au courant des choses de l'hypnotisme et de ses merveilles trouvent cela tout naturel, ordinaire; mais ceux qui ne les ont jamais vues, en sont bien surpris, et il y a de quoi. Si on peut maintenant guérir les coxalgies hystériques ou névropathiques à l'aide de quelques séances d'hypnotisme, que deviendra l'orthopédie, mon Dieu ? Que deviendra la chirurgie elle-même à la longue? Allons-nous toucher à cette période de notre existence où nous verrons s'accomplir le vœu exprimé par M. Verneuil au Congrès de Grenoble, où le chirurgien fermera sa trousse et où la chirurgie ne fera plus couler de larmes?

*
* *

Messieurs les internes de la Salpêtrière pourraient nous raconter des choses bien plus extraordinaires que celle dont nous venons de parler. Quel est celui d'entre eux qui n'a pas assisté à cette expérience renversante, aussi curieuse que les plus curieuses

accueillent l'intrus ; si l'expérience se renouvelle, beaucoup préfèrent changer de dentiste ; « c'est à Monsieur en personne qu'ils veulent avoir affaire, et non à ses employés! »

Que sera-ce, quand ces « employés » seront des jeunes gens, des stagiaires sans expérience aucune en dentisterie? Est-ce que vous vous figurez que les dentistes dont la clientèle est composée de gens riches, c'est-à-dire exigeants, vont se faire escorter de stagiaires pour donner leur soins à leurs clients? Est-ce que vous pensez que les clients voudraient s'astreindre à cet examen déguisé? Et notez bien que ces clientèles de choix se rendent de préférence chez les dentistes diplômés, ceux qui par conséquent offriraient les meilleures conditions d'apprentissage aux stagiaires. Que deviendront alors ces malheureux? Chez qui feront-ils leur stage? Voilà une question à laquelle je voudrais bien que réfléchissent les membres de la Commission chargés de préparer le projet de loi.

Autre question. Un agrégé sera chargé, dans les facultés, et un professeur suppléant dans les écoles secondaires, d'un cours d'odontologie: soit; mais jusqu'ici je ne connais dans aucune faculté, dans une école secondaire, sauf à Lille peut-être, aucun personnage officiel ayant étudié assez l'odontologie pour l'enseigner. Comment donc l'enseignera-t-on? A qui confiera-t-on ces cours complémentaires? Même embarras à répondre qu'à la question précédente.

Reste le choix du dentiste chargé de faire passer les examens. Cela ne sera pas difficile, car il en existe assez, munis du diplôme de docteur en médecine, pour constituer un jury, et si une faculté en était dépourvue, on pourrait en emprunter à Paris, qui en compte actuellement assez pour en fournir à toutes les facultés de France. Mais voudront-ils abandonner leur clientèle, si rémunératrice, pour aller faire passer des examens? Là encore nous posons un point d'interrogation.

On voit en résumé que les objections soulevées par le nouveau projet relatif à la réglementation de la profession de dentiste sont sérieuses, et

---

de Robert Houdin? Deux hystériques hypnotisées sont mises dos à dos. Entre les deux est un aimant. On montre à l'une d'elles les pages d'un album de différentes couleurs, et c'est l'autre, qui a le dos tourné, qui dit à haute voix la couleur de la page.

Ceci est peu de chose, soit. Voici mieux. Une hystérique est hypnotisée. On lui montre une vingtaine de feuilles de papier blanc. Sur l'une d'elles, on lui dit que le portrait de M. X... est représenté. « Parfaitement, dit-elle, je le reconnais; voici son nez, sa barbe, son crâne sans cheveux, sa cravate bleue. » Un assistant prend les feuilles de papier et s'en va dans un coin; il les mêle, et met celle sur laquelle était le prétendu portrait la douzième. L'hypnotisée vient, examine les feuilles, et, arrivée à la douzième, s'écrie : « Voici le portrait de M. X... » Et vous pouvez recommencer l'expérience autant de fois que vous voulez, elle réussira de même.

Une autre fois, je vais voir un de mes amis, interne à la Saipêtrière. Il me fait assister à une séance à peu près semblable. Puis, la visite terminée, on va déjeuner, on fait un whist agrémenté du coup de l'invité, on bavarde, on fume et on s'en va. J'accompagne mon ami dans sa chambre. « Est-ce vrai, lui dis-je, qu'on peut appeler ces pauvres filles à distance comme faisait Balsamo avec Andrée de Charny? — En doutes-tu? Tu vas voir. A quelle heure veux-tu que la malade de ce matin vienne nous retrouver ici? — Mais, dans un quart d'heure. » Il était deux heures moins dix. Mon ami fait certains signes, avec la main, comme pour appeler quelqu'un. A deux heures cinq minutes, la porte s'ouvre, sans frapper, et la jeune hystérique, avec l'air spectral que vous devinez, entre dans la chambre.

qu'il sera peut-être difficile de les résoudre. Peut-on y parvenir? C'est ce que nous examinerons dans un prochain article.

Pneumonie et grossesse.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 juin 1889,

Par M. le docteur Fraigniaud.

La pneumonie survenant pendant l'état de grossesse n'est pas un fait rare, son histoire cependant n'est pas encore complète. Il y a des points qui paraissent définitivement fixés, il en est d'autres qui sont incertains et qui ont besoin d'être élucidés. Nous savons bien en effet que la pneumonie a sur la grossesse une influence marquée, qu'elle la complique souvent gravement et dans la moitié des cas l'interrompt. Nous savons aussi que plus la grossesse approche de son terme, plus l'expulsion du fœtus est probable et plus le pronostic est grave pour la mère et pour l'enfant. Mais ce qui reste encore à connaître, c'est l'influence, bonne ou mauvaise, que l'avortement ou l'accouchement prématuré exerce sur la marche de la maladie; si l'état de la femme est appelé à en souffrir ou à en bénéficier; en un mot, si l'événement est à redouter ou si, au contraire, il faut le désirer et y concourir. La question est de celles qui méritent d'être résolues. Tandis que des auteurs pensent que l'expulsion du fœtus favorise la résolution de la lésion pulmonaire, qu'il faut la traiter comme si la femme n'était pas grosse, que même les moyens violents ne sont pas à redouter, parce que l'expulsion provoquée ne saurait avoir que de bons résultats, d'autres sont d'un avis contraire et disent que, le plus souvent, la femme succombant après l'avortement ou l'accouchement prématuré, il ne faut pas intervenir dans une pneumonie d'une manière assez active pour amener ce résultat. Dans 18 cas rapportés par Matton, où la grossesse a été interrompue par une pneumonie, neuf femmes seraient mortes. Tandis que dans 20 cas, où, mal-

---

*
* *

Est-ce une hystérique ou une hypnotisée qui m'a raconté ceci? En tout cas, je le sais. Un propriétaire de grand magasin a été interné il y a quelque temps pour folie, disons tout de suite le mot. Sur les instances des journalistes qui ont poussé des cris de paon d'autant plus aigus qu'ils étaient moins justifiés, on a fini par le relâcher, sous prétexte qu'il était guéri.... temporairement. Les gens sensés ou instruits ont prédit que c'était exposer l'entourage du malade à une catastrophe. Cela n'a pas manqué. Il y a quelques jours, le malade.. (je l'appelle ainsi) fut pris de bizarrerie; ses enfants, qu'il aimait beaucoup autrefois, lui étaient devenus insupportables, il les fuyait. Tout à coup on entend des cris de détresse dans sa chambre; on accourt, on enfonce la porte, et on trouve le malheureux père, tenant d'une main son fils aîné, et de l'autre un couteau de table, en train de lui scier le cou. O journalistes! Quand donc vous tairez-vous quand vous ne saurez que dire, plutôt que de provoquer de pareilles catastrophes?

Allons, qu'on le renferme!

*
* *

Et l'on dit que les animaux n'ont pas d'âme! Est-ce possible?

Il y a quelque temps, l'été dernier, je crois, dans un pré, une vache paissait tranquillement. Autour d'elle, on racontait les fredaines de sa fille, qui faisait parler d'elle.....

— Bah! dit-elle en ruminant, il faut bien que génisse se passe!

gré la pneumonie, la grossesse a continué, une seule femme aurait succombé. A ces opinions si différentes, seuls les faits peuvent répondre.

Madame X..., demeurant rue Greuze, à Passy, est une jeune femme de 21 ans, frêle et très délicate. Enceinte pour la première fois, elle approchait péniblement du terme d'une grossesse qui avait été plusieurs fois traversée par des accidents, lorsque, quelques jours avant le 31 mai, époque où, suivant elle, commençait son neuvième mois, elle devint malade. Supportant avec peine les premières chaleurs de la saison, elle avait eu l'imprudence, une nuit, de quitter son lit pour venir à sa fenêtre respirer un air frais. Dès le lendemain elle toussait. Trois jours après elle avait des crachats sanglants, des râles muqueux et sous-crépitants du côté droit de la poitrine, avec matité à la partie moyenne en arrière, de la fièvre et la perte complète de l'appétit. Cet état était déjà grave par lui-même, mais empruntait une importance particulière à la situation de la malade, grosse de huit mois et très fatiguée par cette grossesse. Quelle conduite devais-je tenir? Celle sans doute qne j'aurais tenue chez une autre malade affaiblie et prise de pneumonie en cours d'une autre affection. Le kermès, les préparations de quinquina, des grogs à l'eau-de-vie, furent les moyens que j'employai. Avec eux des applications de teinture d'iode et de la ouate sur la poitrine; et j'attendis. Pendant quelques jours, l'état du poumon fut stationnaire; crachats rouillés, pouls 110 à 120, température 38°, grande oppression. Mais l'état général devenait chaque jour plus précaire, la malade s'alimentant très imparfaitement, ou vomissant les boissons qu'elle prenait. Je perdais patience et j'allais mettre un vésicatoire que j'avais retardé jusqu'alors, dans la crainte qu'il ne devînt une cause de souffrance pendant l'accouchement que je prévoyais devoir se faire à bref délai, lorsque, dans la soirée du 30 mai, le travail d'expulsion commença. La poche des eaux se rompit de bonne heure; le travail suivit ensuite une marche très normale. La dilatation du col se fit rapidement, la résistance des parties molles fut minime, comme il arrive chez les femmes débilitées. L'accouchement était terminé à sept heures du matin. L'enfant, de petite dimension, pesait 1 kilog. 250 grammes. Il était vivant, mais amaigri et paraissant avoir souffert. Il fut entouré des soins que comporte l'état de faiblesse congénitale, alimenté toutes les deux heures, à la cuillère, du lait d'une bonne nourrice. Aujourd'hui cinquième semaine de sa naissance, il pèse 2 kilog. 300 grammes, prend très bien le sein et ne laisse rien à désirer.

Quant à la jeune mère, dès le premier jour de son accouchement, un mieux sensible se manifesta, elle commença à s'alimenter. L'oppression diminua, la toux fut moindre,

---

Et l'on dit que les animaux n'ont pas d'âme!

* * *

Deux messieurs, un homme d'esprit et un imbécile, causaient ensemble.

— Mon cher, dit le premier au second, figurez-vous un homme d'esprit et un imbécile; l'homme d'esprit s'en va, que reste-t-il?

?....

Eh bien vous allez le voir... Et il s'en va.

L'autre n'a compris qu'une demi heure après, comme autrefois feu Gil Perez au Palais Royal.

SIMPLISSIME.

Pilules contre l'incontinence d'urine. — Grisolle.

Extrait de noix vomique....................	0 gr. 20 centigr.
Oxyde noir de fer..........................	3 grammes.
Quassia pulvérisé..........................	3 —

Sirop d'absinthe q. s. pour 20 pilules. — 1 à 3 par jour. — Bains de siège froids, abstinence de boisson au repas du soir. — N. G.

les crachats demeurèrent foncés. La fièvre de lait vint au deuxième jour, avec tension des seins et ne fut nullement une complication nouvelle. Dès qu'elle fut terminée et comme il y avait toujours de la matité en arrière du poumon droit, j'appliquai un vésicatoire. Ce fut le signal de l'amélioration définitive. Les jours suivants, toux et crachats disparurent, le pouls tomba rapidement, la malade s'alimenta avec plaisir et fit de rapides progrès vers une guérison aujourd'hui acquise.

Ainsi dans ce cas, une pneumonie survenue à la fin du huitième mois d'une grossesse détermina l'accouchement prématuré ; il en est ainsi dans les 2/3 des cas. Il ne fut en aucune façon provoqué par la médication que je mis en œuvre, mais il arriva fort heureusement au moment où j'allais être obligé d'agir plus activement ; plus tard, j'ai tout lieu de croire que les choses auraient été moins favorables pour la mère, arrivée au moment où il fallait qu'une solution intervînt, et l'accouchement prématuré eut manifestement cette heureuse influence, pour l'enfant aussi, qui put résister six jours aux mauvaises conditions maternelles, mais qui allait succomber, à en juger par l'état misérable qu'il présentait au moment de sa naissance.

En conclusion, je crois donc pouvoir dire que lorsqu'une pneumonie survient à la fin d'une grossesse, l'accouchement prématuré est un événement heureux. Et j'ajouterai qu'à moins de circonstances tout à fait particulières, une intervention active est recommandable, car, en prenant sa part dans l'expulsion provoquée, elle concourrait, je crois, à la meilleure des solutions.

BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique de chirurgie d'armée, par J. Chauvel et H. Nimier. Paris, G. Masson, 1890.

Écrit par des maîtres dont le nom est connu de tous, cet ouvrage sera de la plus grande utilité à tous les médecins militaires, à tous ceux qui, d'un moment à l'autre, peuvent se trouver appelés à donner leurs soins aux blessés.

Il se divise en trois parties : les blessures de guerre en général ; les blessures de guerre par régions ; l'organisation et le fonctionnement du service de santé en campagne.

Dans la première partie, on remarquera surtout les pages dans lesquelles les auteurs exposent les résultats des expériences qu'ils ont faites pour vérifier l'action des nouveaux projectiles (chap. IV, VI et suiv.). Ils ont montré que les effets explosifs croissent avec le volume, le poids et la force vive du projectile, et que, malgré la diminution de poids, de calibre, de surface des balles à enveloppe résistante, ces effets se produisent aussi avec elles par suite de leur vitesse énorme de propulsion et de rotation ; la vitesse initiale de la balle Lebel est de 570 m., celle de la balle Hebler (Suisse), de 607 m.! A quelques mètres, à pleine charge, la balle Lebel produit des effets effrayants, ainsi ainsi que le montrent les figures jointes aux descriptions.

La deuxième partie, consacrée aux blessures de guerre par région, a reçu un grand développement. Les auteurs n'ont pas craint de descendre à l'exposé de beaucoup de petits détails trop négligés dans les traités classiques.

Enfin, l'exposé de l'organisation du service de santé en campagne termine l'ouvrage et met le lecteur au courant de multiples détails qu'il doit forcément connaître s'il veut remplir dignement sa place à l'heure du combat.

Naturellement, les doctrines antiseptiques occupent la place qui convient. Puissent tous nos confrères militaires écouter MM. Chauvel et Nimier lorsqu'il leur répète à plusieurs reprises : « Il faut laisser beaucoup à l'initiative du chirurgien, ne lui demandant qu'une chose : ne pas se départir d'une antisepsie aussi sévère qu'il est possible de la réaliser ! » — P. Ch.

MANUEL PRATIQUE DE JURISPRUDENCE MÉDICALE, par L. GUERRIER et ROTUREAU. Paris, G. Masson, 1890.

Ainsi que le dit M. Roger dans sa préface : « Nul n'est sensé ignorer la loi. » Malheureusement, dans la pratique, il en est souvent autrement et le médecin trouvera, dans ce livre, la solution des difficultés qui peuvent l'arrêter journellement. Nous signalerons, avec M. Roger, les chapitres sur le droit d'exercer, l'exercice illégal, le secret professionnel.

Dans une introduction qui suit la préface de M. Roger, M. le professeur Brouardel fait ressortir l'importance de ce *Manuel de jurisprudence*, qui arrive à son heure, au moment où la législation médicale est sur le point de subir un remaniement nécessaire.

Ajoutons que les matériaux du volume ont été amassés par M. Guerrier pendant les longues années durant lesquelles il a été membre du Conseil judiciaire de l'Association générale des médecins de France. — P. CH.

REVUE DES JOURNAUX

L'huile d'eucalyptus dans le traitement de la coqueluche. — Le docteur Hardwicke, se trouvant aux prises avec une épidémie de coqueluche, et n'obtenant aucun bon résultat de l'emploi des médicaments généralement admis, tels que la belladone, l'atropine, etc., eut l'idée de recourir à l'huile d'eucalyptus, se fondant sur l'excessive contagiosité de la maladie. C'est à ce point de vue qu'on s'est placé pour recommander l'acide phénique. Mais la vertu antiseptique de l'huile d'eucalyptus est trois fois plus énergique que celle de l'acide phénique, et elle n'a pas l'action gravement irritante de celui-ci. Combinée avec le térébène (composé isomère avec le térébenthène, ou essence de térébenthine rectifiée, chimiquement pure), il donne une mixture d'une odeur aromatique agréable qui rappelle le bois de santal. Cette mixture exerce une influence sédative sur la muqueuse des voies aériennes, possède des vertus antiseptiques et amène la destruction du virus propre au mucus que l'on voit adhérent à la surface congestionnée et tuméfiée de l'épiglotte, du larynx, qui s'étend dans les bronches, et qui, à chaque accès de toux, est rejeté par la bouche et peut aller porter la contagion. La matière de ces crachats, en effet, abonde en bactéries et en micrococci, et le succès du traitement est lié à la destruction de ces microbes, dont la puissance de développement et de multiplication est considérable. Le docteur Hardwicke recommande l'huile d'eucalyptus en pulvérisations, dans la combinaison suivante : Huile d'eucalyptus et térébène, de chaque, 8 grammes; esprit de vin rectifié, 45 grammes. On pratique les pulvérisations une demi-heure avant chaque repas et au moment du coucher. Parallèlement, à l'intérieur, à un enfant de 2 à 3 ans, il fait prendre, toutes les trois heures, une goutte de térébène en combinaison avec 12 centigrammes de carbonate de magnésium et 10 milligrammes (*minims*) de teinture de camphre, dans une ou deux cuillerées à café d'eau. Les deux premiers ingrédients doivent être triturés ensemble, le magnésium n'ayant pour fonction que d'émulsionner le térébène, qui n'est pas soluble dans l'eau. (*The therap. Gaz.*, le 15 janvier 1890.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 6 février 1890. — Présidence de M. POLAILLON.

A propos de la grippe actuelle. — M. CAILLAS, rappelant les précédentes communications sur la grippe, dit qu'il ne voit pas qu'on ait examiné la nature du sang; pour lui, c'est dans le liquide sanguin que l'on trouverait la solution du microbe, cause de l'infection

Il est heureux de voir ses présomptions confirmées par M. Klebs (de Zurich), qui vient de découvrir dans le sang des malades atteints d'influenza un *hématozoaire* de la famille des monades analogue à celui de la *fièvre paludéenne.*

De l'emploi des injections hypodermiques de glyco-phénique dans l'anthrax et du traitement abortif du phlegmon. — M. DANET : Le traitement des furoncles et anthrax par les composés phéniqués remontent loin, et il y a toujours avantage à les utiliser, parce qu'ils arrêtent la marche envahissante de la maladie et abolissent en même temps la maladie. En voici quelques exemples :

OBSERVATION Ire. — M. X..., officier de marine, porte un anthrax volumineux au cou ; ni sucre ni albumine dans les urines; quatre fois par jour, pulvérisation phéniquée (procédé Verneuil), mais, dans les intervalles, cataplasmes émollients, ce qui est un non sens, l'acide phénique arrêtant les fermentations et par suite faisant avorter le furoncle, lorsqu'au contraire les cataplasmes favorisent la formation du pus. Etant appelé auprès du malade, je pratiquai, sur le pourtour de la tumeur, en y pénétrant d'un centimètre, des injections d'une solution glyco-phénique à 3 p. 100 en tout 5 c. c., puis compresses du même liquide. Douleur vive après les piqûres, de courte durée, le malade repose presque toute la nuit. Le lendemain, la tumeur était flétrie. Deux jours après, l'eschare formé se détachait et la cicatrisation se fit rapidement.

OBS. II. — M. A..., 56 ans, ayant eu déjà trois anthrax, est repris d'une nouvelle poussée. A ce moment, nous constatons un anthrax au début à la région occipitale. Deux centimètres cubes de la solution glyco-phénique sont injectés et compresses à la suite. Une demi-heure après, les douleurs diminuent et, au bout de cinq jours, la résorption était complète.

M. Danet cite d'autres observations où ce traitement a parfaitement réussi. Il en conclut que les injections d'une solution de glyco-phénique suivies de l'application de compresses imbibées du même liquide est un moyen sûr et précieux de faire avorter les furoncles et anthrax.

Traitement électrique par le courant continu d'un accès de gastralgie avec vomissements incoercibles chez un ataxique. — Guérison. — M. BRIVOIS relate le fait suivant : Un malade souffrant de crises gastralgiques avec vomissements depuis 8 à 10 jours a été guéri dès la première application du courant continu. Une autre crise survenue un mois après a été guérie de la même façon et aussi facilement. Le docteur Brivois, s'appuyant sur cette observation, propose, à l'exemple de son maître Apostoli, de généraliser la méthode électrique à tous les états dyspeptiques avec ou sans vomissement. Il croit que tous ces états sont purement nerveux ou réflexes et seront guéris immédiatement. Dans les autres affections gastriques, le courant continu bien donné et bien localisé doit servir d'auxiliaire actif à la thérapeutique ordinaire. Il insiste beaucoup sur la technique opératoire qui est la suivante :

1° Courant continu sans interruption avec la plus grande constance possible.

2° Application bi-polaire des électrodes.

3° Intensité proportionnelle à la réceptivité du sujet et à la résistance du mal (moyenne de 8 à 15 milli-Ampères).

4° Durée variable proportionnelle à la maladie, ne devant prendre fin qu'après l'effet produit, c'est-à-dire après la guérison symptomatique.

5° La voltaïsation ayant une action curative, avoir soin de faire manger et boire le malade.

6° Séances rapprochées, le courant ayant la propriété de faire digérer.

7° Application tolérable sans eschare.

8° Galvanomètre indispensable pour mesurer l'intensité du courant.

Les secrétaires des séances : MM. GAUTRELET et BOVET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 février 1890. — Présidence de M. Abadie.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance imprimée : Journaux et revues. — *Mémoires de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon,* 1889-90; — *Rapport sur le fonctionnement du service hygiénique et médical de la section des colonies françaises à l'Exposition universelle de* 1889, par le docteur Delaunay; — *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. IX, livraison 6 et 7; — *Annales de l'Académie de médecine de Rio-Janeiro*, t. LV, 1889-90, et *Bulletin*, ann. V, nos 2, 3 et 4.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le professeur Peter, membre titulaire, qui sollicite l'honorariat. (Renvoyé à une commission composée de MM. Perrin, Polaillon, et Rougon, rapporteur.)

— A propos du procès-verbal, M. Deligny communique la note suivante :

En l'an 1580 régna sur toute l'Europe une épidémie de grippe qui revêtit une gravité toute exceptionnelle, et dont les symptômes ressemblent à ceux de la grippe de 1889. L'épidémie du XVIe siècle revêtait, en effet, de nombreuses formes, présentait des variétés diverses de manifestations, mais le même ensemble de phénomènes principaux accusait l'identité de son fonds commun.

Elle naquit en Belgique, appelée alors fièvre catarrheuse, ou catarrhe suffoquant, parcourut la France, l'Allemagne, de la fin de juin au mois de novembre. Forestus, qui l'a décrite, note qu'elle dégénérait quelquefois en phthisie, ce qui veut dire que, lorsque la grippe atteignait des phthisiques, elle aggravait la maladie et accélérait sa marche.

— M. Duroziez, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Perrin, Polaillon, Leudet et Ladreit de Lacharrière, lit un rapport sur les conditions du prix Duparcque à décerner en 1891.

Après un échange d'observations de la part des membres présents, la Société décide :

1° Le prix Duparcque à décerner en 1891 sera de la valeur de 1,200 francs, plus une médaille d'or de 100 francs;

2° Il ne pourra pas être partagé;

3° Les mémoires devront être manuscrits, inédits, et n'avoir été couronnés par aucune autre Société;

4° Toute publication, partielle ou totale, d'un mémoire, avant que la Société ait statué, entraîne l'exclusion du concours;

5° La question mise au concours pour 1891 est : *Démontrer la contagion de la tuberculose dans les affections chirurgicales*;

6° Les mémoires devront être parvenus au secrétariat avant le 30 juin 1891, terme de rigueur.

— M. Leblond offre à la Société une brochure intitulée : *De l'antisepsie par la résorcine dans le traitement de la diphthérie, de la tuberculose pulmonaire, de la coqueluche et du chancre mou.* Il se loue beaucoup de l'emploi de ce médicament dans ces différentes affections, et il engage vivement ses collègues à l'expérimenter. Les nombreuses observations que renferme son travail lui paraissent d'ailleurs absolument concluantes.

M. Perrin, en voyant la manière de faire de M. Leblond, est frappé de la répétition fréquente des attouchements sur le pharynx. Il croit que c'est là une des conditions du succès. Autrefois, quand Gendron, Bretonneau, etc., préconisaient les cautérisations par le nitrate d'argent, ils recommandaient expressément de renouveler ces cautérisations toutes les trois ou quatre heures; et, dans un cas très grave que M. Perrin a eu à traiter au début de sa carrière, il eut un succès, grâce à cette méthode, que Gendron lui avait en quelque sorte imposée.

M. Fraigniaud a rapporté, il y a deux ans, un cas de diphthérie traité avec succès par la résorcine (l'observation a été reproduite par M. Leblond). C'est un modificateur local puissant, mais à l'intérieur il peut devenir toxique; en effet, au bout de deux

jours, l'enfant avait les urines noires. Le médicament n'est donc pas aussi inoffensif que le dit M. Leblond.

M. Leblond : Je ne m'arrête pas, même quand les urines sont noires; car la résorcine s'élimine très rapidement, et j'ai pu donner à des adultes jusqu'à 10 grammes par jour sans inconvénient. J'ai traité un enfant, qui a pris en tout 1,250 grammes sans accident. En général, l'enfant absorbe 3 à 4 grammes par jour, dissous dans la glycérine : 4 sur 30.

M. Ladreit de La Charrière : J'ai constaté assez souvent les urines noires, sans aucun trouble apparent de l'économie.

M. Leblond : Quand on continue l'emploi de la résorcine après que les urines sont devenues noires, celles-ci cessent de l'être bientôt. Il ne nie pas la valeur des autres antiseptiques, mais il voudrait qu'on leur substituât la résorcine, plus facile à administrer.

M. Abadie : Quelle est l'action immédiate de la résorcine sur la fausse membrane?

M. Leblond : Au moment même, rien. Au bout de vingt-quatre heures, la fausse membrane est limitée, entourée d'un liseré rosé, et elle n'envahit plus. Entre six et dix jours, la fausse membrane tombe.

M. Abadie : Peut-être la résorcine donnerait elle de bons résultats dans la conjonctivite diphthéritique, à laquelle on ne peut pas appliquer tous les remèdes, auxquels on soumet la diphthérie du pharynx. Actuellement le meilleur moyen à employer contre la diphthérie de la conjonctive, c'est le jus de citron pur préconisé par Fieuzal.

M. Dubuc : M. Leblond recommande la résorcine contre le chancre mou; en a-t-il fait un usage fréquent? Plusieurs médecins m'ont dit avoir renoncé à ce moyen.

M. Leblond : J'emploie la résorcine en poudre appliquée sur le chancre pendant six à sept jours. Alors le chancre a perdu son aspect grisâtre, et, à ce moment, il faut cesser l'emploi de la résorcine, qui est un peu caustique et qui retarderait la guérison.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Vaporisations contre la diphthérie. — Renou.

Acide phénique......................	280 grammes.
Acide salicylique......................	56 —
Acide benzoïque......................	112 —
Alcool rectifié......................	468 —

Faites une solution, dont chaque cuillerée contient 5 grammes d'acide phénique, 2 grammes d'acide benzoïque, 1 gramme d'acide salicylique. — Le malade est installé dans une chambre convenablement aérée et ventilée, dans laquelle on maintient une température de 20 à 22° C. On concentre la vapeur autour de lui, au moyen d'un rideau entourant le fourneau vaporisateur et la tête du lit. La vaporisation est effectuée à l'aide d'un ou deux vases contenant chacun deux litres d'eau en ébullition, dans laquelle on verse, toutes les trois heures, une cuillerée à bouche de la solution ci-dessus. — L'enfant doit séjourner dans ce milieu saturé de vapeurs antiseptiques, jusqu'à la disparition complète des accidents, et s'il a été trachéotomisé, jusqu'à la cicatrisation de la plaie. — Alimenter le plus possible, avec addition de café, de vin et de cognac. — Ni badigeonnages, ni cautérisations des fausses membranes. — N. G.

COURRIER

Erratum. — Dans notre numéro de jeudi dernier (Académie de médecine), lire M. Chaput au lieu de M. Charrin en ce qui concerne la description d'un nouveau procédé d'entérorrhaphie circulaire employé pour guérir une fistule stercorale compliquée.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Moulonguet, suppléant, est nommé professeur de pathologie externe.

M. Peugniez, suppléant, est nommé professeur de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Thouvenet est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques, en remplacement de M. Delotte, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Ricau (Louis), médecin de colonisation dans la commune de Condé-Smendou (Constantine) vient de recevoir une médaille d'honneur en argent. A fait preuve d'un zèle et d'un dévouement au-dessus de tout éloge, lors de l'épidémie de choléra qui a sévi en 1886 sur le territoire de cette commune.

— M. le docteur Firmin, médecin du lycée Charlemagne et de l'Académie nationale de musique, et M. Perrier, professeur administrateur au Muséum, sont nommés membres de la commission consultative des bibliothèques populaires communales et libres.

La fécondité des mariages en France. — Le relevé qui a été fait par l'Administration pour l'application de la nouvelle loi donnant certains avantages aux pères de plus de sept enfants, a permis de constater qu'il existait en France 2 millions de ménages n'ayant pas d'enfants, 2 millions 1/2 en ayant un, 2,300,000 en ayant deux, 1 million 1/2 qui en ont trois, environ 1 million qui en ont quatre, 550,000 qui en ont cinq, 330,000 qui en ont six, et enfin 200,000 qui en ont sept ou davantage.

Société de médecine de Paris. — La Société de médecine de Paris décernera, en 1891, le prix Duparque, de la valeur de 1,200 francs, plus une médaille d'or de 100 francs, au meilleur travail, manuscrit et inédit, qui lui aura été adressé sur cette question : *Démontrer la contagion de la tuberculose dans les affections chirurgicales.*

Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, dans les formes habituelles, avant le 30 juin 1891, tenue de rigueur.

Pour les conditions autres du concours. S'adresser au secrétaire général.

Société médico-pratique. — Séance du 24 février 1890. — *Ordre du jour :* 1. M. Rabion : Cas de méningite guérie chez un enfant probablement tuberculeux. — 2. M. Schwartz : De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — 3. M. Zernoff (de Moscou) : Sur l'encéphalomètre. — 4. M. Roux : Sur un cas d'intoxication par une injection phéniquée vaginale. — 5. M. Potherat : Cas d'amputation urgente pour une ostéomyélite ancienne.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.— Anorexie.— Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

L'épithéliome rénal.

Caractères cliniques; évolution, modes de terminaison, diagnostic; indications pronostiques et thérapeutiques.

Leçon recueillie par M. G. BOUISSON, interne du service.

Messieurs,

Depuis plus de dix mois, vous m'avez vu attirer votre attention, au n° 9 de la salle Piorry, sur un malade que je considérais comme digne de tout notre intérêt, par ce seul fait qu'il était atteint d'un épithéliome du rein. Ce n'est pas que cette affection ait rien d'extraordinaire, mais, les auteurs étant loin de s'entendre sur son origine et sa nature, j'ai cru devoir vous dessiner macroscopiquement et histologiquement, pendant sa vie, ce que, malheureusement, notre pauvre malade devait nous présenter plus tard. Celui-ci a succombé, il y a quelques jours, dans un marasme absolu, et je tiens à vous montrer aujourd'hui les pièces anatomiques. Mais, auparavant, laissez-moi vous faire connaître en quelques mots l'état de la science sur la question et vous rappeler ensuite l'histoire de ce malade.

Avant l'application du microscope à l'histologie humaine, le mot *cancer* servait à désigner toutes les néoplasies malignes des organes, que l'on divisa ensuite, d'après leur consistance et leur ressemblance anatomique avec certains tissus ou organes et encore avec certaines substances comme la gélatine, en cancers squirrheux, encéphaloïdes ou médullaires, gélatineux, etc. Ces dénominations, ne reposant que sur des apparences, étaient sans valeur ; plus tard, au début des recherches histologiques, on arriva à diviser les néoplasies en homologues et hétérologues, suivant que les tissus qui les composaient étaient similaires aux tissus physiologiques ou différents de ces tissus. C'était un progrès, mais cette nouvelle division manquait encore d'un fondement solide. L'histologie normale jointe à la connaissance du développement des tissus pouvait seule servir de base à une classification naturelle des néoplasies ; cette classification, en tout cas, est celle que nous avons adoptée et cherché à faire prévaloir dans notre Traité d'anatomie pathologique, Paris 1875. Ainsi, nous avons été conduit à admettre deux grandes classes de tumeurs, provenant les unes des dérivés de l'ectoderme ou de l'endoderme : ce sont les néoplasies épithéliales ; les autres du mésoderme : ce sont les néoplasies conjonctives (1).

(1) Nous avons été plus loin et cherché à démontrer que la plupart des agents pathogènes physiques, chimiques ou microbiologiques exercent primitivement leur action sur les dérivés de l'un ou de l'autre des feuillets du blastoderme, et par conséquent les études embryologiques ont, suivant nous, une grande importance en médecine.

Chacune de ces néoplasies est, à son tour, divisée en autant d'espèces qu'il existe de variétés de tissus conjonctifs et de variétés de tissus épithéliaux. Or, la structure du rein est formée par des dérivés de l'endoderme et du mésoderme, le premier constituant le tissu glandulaire, le second le stroma conjonctif; ses néoplasies seront donc conjonctives ou épithéliales. Aussi, dans notre cas particulier, ai-je plusieurs fois posé devant vous la question de savoir, étant reconnue la lésion rénale, à quel groupe de néoplasies appartenait la tumeur en question, et vous savez qu'en raison de la dureté particulière de la tumeur, de l'âge du malade, de l'évolution du mal, nous l'avons attribuée sans hésiter, à la végétation des épithéliums rénaux, et nous en avons fait un épithéliome né aux dépens des canalicules urinaires.

En somme, l'épithéliome du rein est une néoplasie produite par la végétation déréglée et indéfinie des éléments parenchymateux de cet organe, la végétation réglée et définie constituant l'adénome. Or, le fait sur lequel vous m'avez vu attirer votre attention appartient, comme vous allez le voir, à la première variété des tumeurs épithéliales.

Dem..., journalier, âgé de 57 ans, a perdu sa mère, atteinte de psoriasis, à la suite d'une fluxion de poitrine; il ne sait rien sur la santé de son père. Soigné dans le service, au mois d'avril 1886, pour une néphrite, il a joui depuis lors d'une santé satisfaisante, à part quelques accès de coliques néphrétiques survenus vers la fin de 1886, en mars 1887, et suivis d'accidents passagers de rétention d'urine. Depuis quelque temps, il se plaint spécialement de son cœur, ne pouvant se livrer à aucun travail violent, ni monter un escalier sans éprouver de fortes palpitations; il accuse une céphalalgie presque quotidienne, provoquant quelquefois des étourdissements, s'exagérant surtout le matin pour diminuer après les repas, et une polyurie nocturne. Admis de nouveau dans notre service, le 15 novembre 1887, ce malade a les paupières légèrement bouffies, de légères varicosités au niveau des pommettes, du nez et des sourcils, des troubles trophiques des ongles du pied qui, après être tombés à plusieurs reprises, ont fini par repousser. Il présente des taches squammeuse de psoriasis nummulaire disséminées à la surface du thorax et des artères indurées. Il a eu des migraines et des épistaxis, et, comme il est atteint de varices et d'une calvitie déjà ancienne, on peut dire qu'il offre le tableau de l'herpétisme (arthritisme de quelques auteurs). Il y a quatre ans, ce malade a été pris d'une névralgie sciatique pour laquelle il a été siphonné sans grand succès. Aujourd'hui, il éprouve de la névralgie abdomino-génitale à gauche. Les organes thoraciques et encéphaliques sont sains, ceux de l'abdomen le paraissent également; toutefois, les urines, abondantes, 3 litres, d'une densité de 1010, renferment une quantité notable d'albumine, sans sucre. La palpation des reins ayant été négligée tout d'abord, ces symptômes nous portèrent à diagnostiquer une néphrite liée à l'artério-sclérose (toniques, iodure de sodium).

Cependant, le 28 novembre suivant, il survient une hématurie qui dure plusieurs jours, la névralgie abdomino-génitale persiste. Le 4 janvier, il se produit une nouvelle hématurie avec caillots sanguins. Le 1er février, frissons et vomissements bilieux, diminution de l'appétit; urines rares; 1,600 gr. Temp. 40°, pouls 120, régulier, fort. Le palper du rein gauche conduit à reconnaître que cet organe est bosselé, tuméfié, et son induration

ligneuse, jointe à l'hématurie, nous fait diagnostiquer un épithéliome. — Thé au rhum, ventouses scarifiées sur la région rénale.

Le lendemain soir, temp. 37°; le 3 au matin, 36° 9. — Urines légèrement albumineuses, 1,500 gram. Le malade se sent bien, malgré l'existence d'une vive douleur au niveau du rein lésé.

14 février 1888. — Nouvelles hématuries avec caillots sanguins expulsés au début ou à la fin de la mixtion. — Le 24 février, frissons, nausées et céphalalgie; temp. 38° 7; douleurs vives sur le trajet de l'uretère, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure et du rein gauche. — 5 mars et 3 avril, nouvelles hématuries avec des alternations de frissons, de vomissements et de coliques, puis rétention d'urine, nécessitant le cathétérisme; léger œdème au niveau de l'espace intermalléolaire du pied gauche.

Le 28 avril, hématurie abondante et rétention d'urine, le malade rend un caillot noir, filiforme, d'une longueur de 8 centimètres et d'une épaisseur inégale (ergot de seigle). — Dans le cours du mois de mai, il survient quelques nouvelles hémorrhagies, suivies d'urines claires et abondantes, 3 litres à 3 litres 1/2. Même état dans le courant de juin. Le rein gauche est manifestement induré et tuméfié; sa surface est lisse et assez régulière. Il fait saillie sous la dernière fausse côte qu'il déborde; le rein droit ne présente ni tuméfaction, ni induration. L'appétit, depuis longtemps diminué, cesse à peu près totalement.

En juillet, l'œdème s'accentue à gauche, puis il gagne la jambe droite et enfin la région lombaire. Les symptômes s'aggravent en août et septembre; il se produit un léger degré de pigmentation cutanée au niveau du prépuce et au pourtour de l'ombilic. La tumeur rénale continue à croître durant le mois d'octobre; elle dépasse à la fin de ce mois le rebord costal de trois à quatre travers de doigt. L'anorexie est de plus en plus complète et le visage prend une teinte jaune paille caractéristique.

Le 20 novembre, survient une eschare au sacrum et le malade accuse une douleur sur le trajet du sciatique gauche. Le 15, on constate la présence dans l'aîne gauche de ganglions ayant le volume d'une lentille ou d'un haricot. La peau est sèche, écailleuse, décolorée, excepté au niveau de l'abdomen et de la verge, où elle est bronzée. Les yeux s'excavent, des vomissements de bile surviennent, puis le malade tombe peu à peu dans le coma; le 5 janvier, il ne répond plus aux questions, ses lèvres sont violacées, sa face grippée, ses yeux grandement ouverts, agités de mouvements convulsifs, il pousse de temps à autre des plaintes et succombe.

Autopsie. — Méninges injectées et léger œdème de la surface de l'encéphale; liquide céphalo-rachidien abondant, substance nerveuse intacte, — faible quantité de liquide dans la plèvre gauche congestionnée, œdème du poumon correspondant; même état à droite. Le cœur, le foie et la rate sont peu ou pas modifiés. — Le flanc gauche est le siège d'une tumeur qui le remplit en grande partie et à laquelle adhèrent le colon transverse, la rate et le pancréas. Cette tumeur s'étend jusqu'au foie sans lui adhérer. Elle forme une masse qui mesure de 12 à 14 centimètres, à droite de laquelle se trouve la veine cave presque totalement oblitérée par un bouchon mi-partie cruorique, mi-partie cancéreux, lequel émane de la veine rénale. Cette tumeur adhère en arrière aux parties sous-jacentes, au point qu'il est nécessaire d'employer le bistouri et de sculpter les côtes pour l'en détacher; elle englobe dans son épaisseur le plexus rénal et comprime en arrière les nerfs lombo-abdominaux; à sa surface on remarque une petite rate supplémen-

taire. Une section pratiquée suivant son grand diamètre, c'est-à-dire de haut en bas, montre, au dessous d'une coque fibreuse extérieure, constituée par la capsule épaissie, deux parties principales, l'une supérieure, entièrement formée d'une substance blanche très molle, analogue à du caséum et qui a le volume d'un œuf de poule, l'autre inférieure, peu étendue, semblable au parenchyme rénal altéré; plus bas enfin, il existe une substance molle avec noyaux hémorrhagiques. Les calices et le bassinet n'existent plus, mais la veine rénale est distendue par du sang coagulé et des éléments cancéreux qui se prolongent jusque dans la veine cave.

Le rein droit, du poids de 180 gr. possède une consistance ferme; il est légèrement induré et d'aspect blanchâtre, son bassinet est fortement dilaté. La capsule ne peut être décortiquée sans entraîner avec elle une partie du tissu rénal. — Vessie large, un peu ardoisée et décolorée. — Prostate normale; colonne vertébrale friable, envahie par l'épithéliome au niveau de la région lombaire.

L'examen histologique pratiqué avec soin a permis de constater que la tumeur en question était formée d'éléments épithéliaux disposés dans des alvéoles, et que ces éléments avaient eu pour point de départ les épithéliums des canalicules urinifères; c'était donc là un épithéliome du rein.

Jusqu'en 1873, cet épithéliome était considéré comme un fait rare (Voy. Neumann, thèse de Paris, 1873); mais, vers cette même époque, je me suis appliqué à démontrer (Voy. l'article Rein, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*) qu'il était plus commun qu'on ne le pensait et à établir les différences séparant cette néoplasie de toutes celles qui dérivent des tissus conjonctifs. J'ai fait remarquer en particulier que l'épithéliome rénal était une lésion de l'âge avancé, contrairement aux affections décrites chez l'enfant comme des cancers du rein, et qu'il ne fallait voir dans ces dernières que des fibromes embryonnaires. Depuis lors, il nous a été donné de voir plusieurs faits qui sont venus confirmer notre opinion, et, d'ailleurs, il en est d'autres qui ont été publiés en France et à l'étranger (1).

Tous les faits connus à l'heure actuelle ont entre eux une ressemblance pour ainsi dire parfaite; rencontrés chez des personnes ayant dépassé la quarantaine, ils offrent un début insidieux, lent, incertain, qui rend leur diagnostic difficile. Les malades commencent, en général, par se plaindre de douleurs plus ou moins vives dans la région rénale avec élancements dans le membre du côté correspondant (névralgie lombaire); souvent aussi ils éprouvent des points douloureux au niveau de la colonne vertébrale, et, dans certains cas, à la suite de chutes, par exemple, on a pu croire à une affection du rachis ou de la moelle épinière. Toutefois, la douleur est bientôt suivie d'un amaigrissement considérable, de diminution de l'appétit et d'anémie.

Ces symptômes sont, pendant un certain temps, les seuls signes de l'épithéliome rénal; nous y ajouterons un phénomène beaucoup moins constant, non encore signalé jusqu'ici, c'est la coloration bronzée de certaines régions du tégument externe. Cette coloration existait manifestement, chez notre malade, au niveau de la peau de l'abdomen et de la verge, et comme celui-ci avait quelquefois des vomissements, il en résulte que l'on pouvait

(1) Voyez les *Bull. de la Soc. anat. de Paris.* — Comparez : Seymour J. Sharpey : A case of carcinoma, showing growth of cancer cells from the epithelium of the Malpighian tufts and tubules of the Kidney. (*Trans. of the pathol. S. of London*, t. XXXIII, 1882, p. 145.)

être conduit à admettre l'existence d'une maladie d'Addison, et d'ailleurs, il s'agissait bien de ce syndrome, mais il était ici subordonné à une lésion rénale propagée jusqu'aux plexus sympathiques.

Un signe qui, sans être constant, n'a pas moins une très grande valeur, c'est l'hématurie. Cette hémorrhagie se distingue par son intensité et sa répétition habituelle; elle se traduit souvent, ainsi que nous l'avons vu, par la présence de caillots dans l'urine. Ces caillots, formés dans les bassinets, ou plutôt dans l'uretère, sont parfois le point de départ de crises douloureuses, différentes des douleurs du début, mais semblables aux coliques néphrétiques. En dehors de l'hématurie, les urines sont tantôt claires et transparentes, tantôt foncées, mais sans dépôt appréciable; cependant, si on prenait le soin de les examiner au microscope, il est vraisemblable qu'on y trouverait des éléments épithéliaux, indices de la nature du mal. Elles sont albumineuses dans quelques cas, et variables comme quantité; abondantes et claires pendant assez longtemps chez notre malade, elles nous avaient conduit dès le principe à diagnostiquer une néphrite interstitielle. D'ailleurs, elles sont fréquemment abondantes, et c'est là un point intéressant qu'explique la cirrhose, qui ne manque jamais de s'ajouter à la néoformation épithéliale.

La tumeur, généralement facile à reconnaître, du moins à une certaine période du mal, est un signe de la plus grande valeur; douloureuse au palper, elle se distingue par sa forme arrondie et bosselée, par sa consistance ferme et ligneuse. Elle siège dans la fosse lombaire, où la dépression de la paroi abdominale antérieure permet de la sentir, surtout si l'on a soin de soulever au préalable la paroi abdominale postérieure avec la main gauche, de manière à repousser en avant le rein malade. Elle est fixe, indépendante des mouvements du diaphragme; rarement elle donne lieu à de la matité, si ce n'est à une période avancée, à cause de l'interposition du côlon entre elle et la paroi abdominale : tous caractères qui la font distinguer aisément des tumeurs du foie et de la rate.

La marche de l'épithéliome du rein est lente, progressive, apyrétique, parfois entrecoupée d'accès fébriles se produisant surtout, comme chez notre malade, à la suite d'une hématurie. L'appétit se perd assez tôt; l'anémie, peu appréciable au début, s'accentue de plus en plus, puis apparaît, au bout d'un temps variable, un œdème, quelquefois simple, le plus souvent double, des membres inférieurs. Cet œdème se lie à l'obstruction de la veine cave et coïncide, en général, avec l'apparition d'un varicocèle douloureux. La durée de la végétation épithéliale varie de un à deux ans; sa terminaison est quelquefois accidentelle, la mort pouvant avoir lieu par hématurie ou par urémie, rarement par péritonite.

Le diagnostic de l'épithéliome rénal est difficile à son début, en l'absence de tout phénomène local; aussi peut-il rester longtemps en suspens. La douleur attire d'abord l'attention du côté des reins; l'hématurie, l'inappétence et l'anémie survenant ensuite laissent peu de doute sur le diagnostic. Celui-ci, toutefois, n'est réellement assuré que par la constatation de la tumeur rénale, qu'il faut éviter de confondre avec les tumeurs du foie généralement associées aux mouvements du diaphragme et avec celles de la rate, dont elle se distingue par sa forme, son siège, et par la présence du côlon sur sa région antérieure. L'inaccessibilité de la tumeur par le rectum ou le vagin empêcheront de la confondre avec la grossesse et les tumeurs ovariennes.

Il y a lieu en outre de distinguer l'épithéliome des autres affections du rein et particulièrement du fibrome embryonnaire de cet organe. Ce dernier, contrairement au précédent, est une affection de la période d'accroissement, il se rencontre pendant l'enfance ou dans la jeunesse, il a une consistance molle plutôt que ferme, et ne présente jamais la dureté ligneuse de la lésion épithéliale ; son évolution, d'ailleurs, est beaucoup plus rapide que celle de l'épithéliome, aussi acquiert-il rapidement un volume considérable, et d'un autre côté, il a peu de tendance à envahir les veines et à se généraliser. Le diagnostic de ces deux affections est en somme possible, et il importe de ne pas le négliger, aujourd'hui surtout où l'on n'hésite pas à intervenir chirurgicalement dans la pathologie du rein, et à pratiquer l'extirpation de cet organe. Je ne dirai rien du diagnostic du rein kystique, la bilatéralité des lésions constituant, dans ce cas, un signe diagnostique suffisant. Je ne parlerai que pour mémoire de l'erreur qui consiste à prendre la tumeur rénale pour une poche anévrysmale, à cause des souffles vasculaires qu'elle peut produire par compression; cette erreur est célèbre pour avoir été commise par Bright.— L'épithéliome rénal est une affection certainement fatale; la grande abondance de l'hématurie, l'évolution relativement rapide du mal, l'inappétence avec anémie profonde sont des signes qui peuvent faire craindre une mort prochaine.

Les indications thérapeutiques se tirent de l'état général et de la nature des complications. Le malade devra être soumis à une alimentation appropriée, azotée, et souvent à un régime lacté exclusif. Des lotions froides, des frictions stimulantes de la peau seront pratiquées chaque jour. L'hématurie sera combattue par le tannin, les piqûres d'ergotine, l'opium et le repos, et l'urémie par l'emploi des drastiques associés a un régime lacté absolu.

Comme les moyens ne sont que palliatifs, on s'est demandé avec raison s'il n'y aurait pas lieu d'extirper le rein épithéliomateux. On conçoit sans doute que cette opération pourrait être suivie de succès, si on opérait à une période relativement peu avancée de la lésion, alors que celle-ci n'a pas encore détruit la capsule fibreuse. Plus tard, lorsque l'épithéliome rénal infiltre les tissus sous-jacents, envahit les corps vertébraux, comme cela se voit quelquefois, ou pénètre dans la veine rénale, l'intervention chirurgicale est absolument contre-indiquée. Malheureusement, il en est souvent ainsi; l'opération, pratiquée trop tardivement, reste sans succès. Cependant, même dans ces conditions, elle peut adoucir l'existence des malades en les débarrassant de leurs douleurs, comme le prouvent certains faits du travail de Brodeur sur l'intervention chirurgicale dans les cas de tumeurs du rein.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Quelques cas d'herpès de la cornée produits par la migraine. — Note clinique du docteur Nino Gozzanica. (*Gaz. medica lombardia*, n° 2.) — L'accord parfait n'existe pas encore sur les causes qui peuvent engendrer l'herpès cornéen; l'auteur rapporte trois observations, deux hommes et une femme, tous trois âgés de vingt et quelques années, présentant des vésicules d'herpès sur la cornée et souffrant de douleurs de tête excessives survenant par accès. Les yeux, examinés attentivement, sont reconnus sains, et sous l'influence de l'antipyrine, faisant disparaître la migraine, les vésicules s'affaissent et ne tardent pas à ne plus laisser de traces.

Un rapport aussi direct entre l'hémicranie et l'herpès cornéen, d'une part, un résultat aussi favorable dans le traitement des deux affections par l'antipyrine, d'autre part, est certainement un fait très curieux, surtout devant l'obscurité qui règne encore aujourd'hui sur les causes qui peuvent engendrer cette douloureuse manifestation.

Sur le passage de la morphine dans le lait de la femme. — Expériences cliniques et chimiques du docteur Hermann PINZANNI, docent d'obstétrique et premier médecin à la Maternité de Bologne. (Laboratoire de physiologie du professeur Pietro Albertoni.) (*Gazz. degli ospitali*, 100 et 101.) — L'auteur a repris pour son compte une vieille question parfaitement jugée par tous nos classiques, celle du passage direct de l'opium dans le lait et des effets toxiques que cette substance exerce sur les enfants à la mamelle. M. le docteur Pinzani s'est néanmoins placé à un point de vue nouveau en recherchant pour la médecine légale de quelle façon l'opium et la morphine peuvent s'éliminer par les glandes mammaires.

Nombre de cas d'empoisonnements existent dans la science, dans lesquels il a été constaté nettement que les plus faibles doses d'opium étaient capables d'intoxiquer plus plus ou moins gravement les nourrissons et même les tuer.

Fehling, au Congrès de Magdebourg, ayant administré à des nourrices l'opium et la morphine, ne constata pourtant pas d'inconvénients graves de cette médication, sinon un peu de constipation. Tarnier et Chantreuil ont fait sur les animaux des expériences qui concordent avec celles que Fehling a faites sur l'espèce humaine. On sait pourtant que Baumgartner a retrouvé, dans le lait exprimé des seins de plusieurs nourrices, tous les éléments de l'opium qui avait été donné au préalable. Frœhner et d'autres encore ont démontré également le fait sur une série d'animaux.

M. le docteur Pinzani a fait une douzaine d'expériences sur des nourrices en leur administrant à chacune par l'estomac soit du laudanum, 30 gouttes en une fois, soit environ 0,25 centigr. de chlorhydrate de morphine à doses réfractées en six jours consécutifs, à savoir : 0,03 centigr. le premier jour, 0,04 le second, et toujours en augmentant. Le lait de ces femmes est recueilli matin et soir, et analysé; les substances albuminoïdes sont précipitées par la méthode de Ritthausen, de façon à obtenir ce qui pouvait rester de morphine, afin de la transformer en apomorphine et d'avoir la réaction propre de cette substance, selon la méthode de Pellagri, avec ses différentes colorations typiques.

Ces expériences si intéressantes, dont l'importance n'échappera à aucun clinicien, prouvent que la morphine donnée à doses thérapeutiques ne passe pas dans le lait à l'état de morphine, mais subit dans l'organisme un changement qui la transforme en apomorphine, comme l'a démontré Marmé, et est expulsée sous cette forme dans le lait des nourrices; mais ce qui rassure un peu, c'est que les doses expulsées ne sont pas capables de produire des troubles sérieux dans la santé des nourrissons; nous avons vu plus haut qu'il y avait des glandes réfractaires à ce passage.

Sur le passage de la morphine dans le lait de la femme. — Quelques observations à l'étude précédente du professeur Pinzani, par S. FUBINI. (In *Gazetta degli ospitali*, n° 5.) — Notre confrère n'admet pas du tout les conclusions du travail précédent, qui déclare inoffensif pour le bébé le lait de nourrices soumises aux préparations opiacées. Il a observé un cas d'empoisonnement d'un nourrissson causé par le laudanum donné à la nourrice de cet enfant.

Il faut, pour être juste, rappeler que M. le professeur Pinzani a cité des faits semblables, ceux appartenant à Sherer et Paladino, à Hawthorn, etc. L'auteur reproche à M. le professseur Pinzani de ne pas s'être mis dans les mêmes conditions expérimentales pour contrôler et réfuter ses assertions, ce qui explique la différence des résultats; en somme, de ces controverses le praticien conservera un doute, et il fera bien de n'user qu'avec beaucoup de modération et de prudence de la morphine et de ses dérivés dans la période de l'allaitement.

Sur la valeur des divers moyens de traitement des gonflements chroniques de la rate (Suite de malaria). — Etude clinique expérimentale, par le docteur Giovanni-

Batista Buglioni. (*Gazzetta degli ospitali*, nº 8.) — Pendant son service comme aide de clinique à l'hôpital du Saint-Esprit de Rome, où chaque année plusieurs milliers de malariques vont chercher des secours, l'auteur a entrepris une série d'expériences pour déterminer l'efficacité des diverses méthodes thérapeutiques, tant générales que locales, pour obtenir la réduction de l'hypertrophie ancienne de la rate consécutive à la malaria.

Il y a 19 faits bien observés qui permettent de conclure que la réduction du volume de la glande engorgée s'obtient assez facilement, lorsque l'hypertrophie n'est pas trop ancienne, par l'usage de la mixture de Bacelli.

Les moyens locaux, pointes de feu, injections d'ergotine, d'ergotinine, etc., ne donnent pas souvent de guérisons satisfaisantes; les injections parenchymateuses de quinine ont seules donné un résultat presque toujours certain.

Institut d'anatomie pathologique de Sienne (Professeur Carlo Sanquirico) : **Ulcération variqueuse de l'œsophage ayant occasionné la mort par hémorrhagie.** — Observation recueillie par M. le docteur Analdo Vitti, agrégé, chargé de cours. (In *La Reforma*, nos 17 et 18.) — Il y a, paraît-il, d'après Ziemsen, 14 formes d'ulcérations de l'œsophage; parmi celles-ci se trouvent les ulcères variqueux si difficiles à bien constater et toujours le triste apanage de l'âge avancé. Rokitansky, le premier, en 1840, a constaté la mort d'un de ses malades par suite d'une hémorrhagie variqueuse de la première partie du canal alimentaire; depuis lors, Fauvel, Ebstein, Hanot, Dusaussay, Charcot, Audibert, etc., etc., ont publié d'autres observations.

L'auteur a voulu étudier ce point obscur de pathologie, non pas en recueillant une simple observation, mais en se plaçant sur le terrain histologique afin de bien reconnaître la cause variqueuse de l'ulcération.

Un vieillard entre à la clinique de Sienne et y meurt, deux jours après, d'hématémèse. L'autopsie ne relève rien d'anormal dans l'estomac ni dans l'intestin, mais, en ouvrant l'œsophage, dont la muqueuse était complètement décolorée, on trouve, à quelques centimètres du cardia, au-dessus d'une dilatation variqueuse, une grosse papille d'environ 1 centimètre dont le centre était obstrué par un petit caillot qu'un peu d'eau enlève facilement en laissant libre une ouverture circulaire d'environ 3 à 4 millimètres de diamètre et communiquant directement avec une veine dilatée. C'est par ce pertuis que l'hémorrhagie s'était faite et a entraîné la mort du sujet sans qu'on ait pu y porter remède, et sans qu'il ait été possible, pendant la vie, d'en déterminer exactement le siège. — Millot-Carpentier.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Sommaire : — Traitement du bubon chancrelleux. — Balanite médicamenteuse. Un cas de paralysie de Duchenne-Erb.

M. Augagneur, à la Société des sciences médicales de Lyon, a fait une intéressante communication sur le *traitement du bubon chancrelleux*. Il préconise la méthode des ponctions. Il attend le moment de la suppuration caractérisée par de l'œdème et de la rougeur de la peau, et ponctionne avec le trocart à hydrocèle, puis il termine par des pressions appropriées et un pansement antiseptique.

Vers le quatrième ou le cinquième jour, il semble qu'il y ait encore de la fluctuation au niveau de l'adénopathie; mais si on ouvre de nouveau avec la pointe d'un instrument, on ne fait sortir que du sang ou un liquide séreux.

M. Augagneur ne fait pas d'injection après la ponction; il ne croit pas à son utilité; le liquide injecté est quelquefois irritant et détermine une réaction plus vive. Le traitement par la ponction n'est d'ailleurs pas nouveau et avait été appliqué, dès 1875, par Pitore.

Les chirurgiens redoutaient autrefois les injections insuffisantes, de peur du bubon chancreux, par opposition au bubon dit inflammatoire. Mais, dit M. Augagneur, il est très rare de trouver des bubons chancrelleux, c'est-à-dire inoculables au porteur. Straus

avait même nié l'existence de ce bubon; pour lui, l'adénite consécutive à la chancrelle ne devenait chancrelleuse que s'il y avait contact avec les parties voisines, pour une raison ou pour une autre.

Le procédé de la ponction, dans l'adénopathie chancrelleuse, n'est pas sans analogie dans la chirurgie non spéciale. M. Augagneur cite, par exemple, l'adéno-phlegmon sus-hyoïdien dans lequel on ne fait pas l'incision, mais bien la ponction, pour se conformer à l'esthétique.

Toutefois, M. Augagneur fait une exception pour les adénopathies n'aboutissant pas à une suppuration franche; s'il s'agit de malades débiles, portant des phlegmons qu'on aurait qualifiés autrefois de phlegmons vénéréo-strumeux et qui sont des pseudo-tuberculoses du tissu cellulaire ou sous-cutané, M. Augagneur estime que de grandes incisions avec raclage donneraient de très bons résultats.

A la même Société lyonnaise, M. Cordier a fait connaître une nouvelle variété de balanite assez fréquente, provoquée par le pansement des diverses ulcérations de la verge avec la pommade ou la poudre de calomel chez les malades qui font usage, à l'intérieur, soit d'iodure de potassium, soit d'autres préparations iodurées.

Tout le monde connait les effets vésicants, presque caustiques, que l'on obtient par l'application de teinture d'iode ou de pommade iodurée sur une région frictionnée, même plusieurs jours avant, avec une pommade mercurielle. On sait aussi, par les observations d'Hennequin, d'Isambert et autres, que les insufflations dans les yeux de poudre de calomel peuvent donner lieu à des conjonctivites intenses chez les malades qui absorbent et éliminent de l'iodure de potassium.

Les balanites que M. Cordier signale ont la même origine que ces conjonctivites et présentent avec elles la plus grande analogie, mais elles sont bien plus fréquentes.

Dans tous les cas, les symptômes sont à peu près identiques; la douleur est vive beaucoup plus que dans la balanite ordinaire; la sécrétion est plus abondante et plus séreuse. Le prépuce est toujours œdémateux, et, quand on peut découvrir le gland, il apparaît recouvert d'un enduit pultacé qui, dans les cas les plus graves, masque de véritables ulcérations.

Les conditions étiologiques sont toujours les mêmes. Il n'est pas nécessaire que la quantité d'iodure absorbée soit bien considérable, 0 gr. 50 ont suffi. Il est probable que l'iodure de fer, si souvent employé, donnerait les mêmes résultats. Quant au calomel, qu'il ait été employé en pommade ou en poudre, il produit, à des degrés divers, les mêmes effets.

Mais il est une condition à peu près indispensable pour la réalisation de cette balanite, c'est la longueur du prépuce. Il faut que quelques gouttes d'urine séjournent sur le limbe préputial et soient entraînées, soit par capillarité, soit par les mouvements du prépuce jusqu'au niveau de la couronne et du sillon pour que le contact puisse exister assez prolongé.

M. Cordier pense que des vulvites analogues doivent être assez fréquentes chez les femmes.

Dans ce contact de l'urine chargée d'iodure avec le calomel, la réaction qui paraît s'accomplir est la transformation du protochlorure en proto-iodure de mercure. C'est la première idée que l'on a en voyant la teinte verdâtre que prend le calomel transformé. Mais il est facile d'en donner la démonstration. Si l'on recueille ce sel verdâtre, on constate qu'il est insoluble dans l'alcool. Il n'en serait pas ainsi si le bi-iodure y existait, même en petite quantité.

* * *

Mentionnons encore une communication à la Société nationale de médecine faite par M. Perret sur un cas de *paralysie radiculaire du plexus brachial* consécutive à une dysenterie.

Il s'agit d'une enfant de 13 ans qui, à la fin d'une dysenterie grave, fut prise d'une paralysie du membre supérieur gauche. L'examen détaillé des troubles du mouvement montra que la paralysie occupait le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur et les radiaux, les autres muscles restant indemnes; avec cela pas d'anes-

thésie, quelques douleurs au niveau des muscles intéressés, une atrophie légère et quelques modifications des réactions électriques. La guérison survint en dix jours.

L'auteur a établi par ses recherches, dans la littérature médicale, que le fait rapporté par lui est le seul de ce genre survenu à la suite d'une maladie aiguë; en effet, Mme Déjérine-Klumpke, dans sa thèse récente sur les polynévrites, reconnaît que, jusqu'à présent, il n'existe aucun cas de localisation isolée du groupe Duchenne-Erb consécutif aux maladies infectieuses.

M. Perret a terminé en étudiant la pathogénie de cette paralysie dysentérique. Il a conclu à l'intervention des microbes ou d'une substance toxique sécrétée par eux.

Dans la discussion qui a suivi, M. Tissier a dit que, pour lui, la rareté des faits de paralysie musculaire à la suite des maladies infectieuses tient à ce qu'on ne les a pas assez recherchés. Il a affirmé que ces paralysies peuvent survenir consécutivement à des formes bénignes de maladies infectieuses. Il a rapporté brièvement l'observation d'une malade de son service qui, après un érysipèle à peine marqué, a été atteint de paraplégie. Il croit que ces paralysies sont fonctionnelles, dynamiques, produites par des substances solubles sur les éléments nerveux. — P. Rodais.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 février. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement des métrites par le curettage.

M. Kirmisson fait un rapport sur une observation de M. Lagrange relative à un cas de *résection orthopédique de la hanche pour luxation pathologique* survenue à la suite d'une arthrite scarlatineuse. En réalité, M. Lagrange, remettant la tête du fémur à sa place, a fait une arthrodèse. Le membre a un bon fonctionnement.

M. Richelot fait un rapport sur une observation de M. Millot-Carpentier relative à un cas de *fibro-myome de l'ovaire gauche traité par l'ovariotomie* et suivi de mort. L'auteur a fait 14 opérations abdominales et n'a eu que 2 morts.

M. Le Dentu rapporte un cas rare de *fibrome de la paroi abdominale* développé dans une cicatrice d'ovariotomie. Elle était apparue un an après; l'extirpation en fut facile. Ce n'était pas une chéloïde.

M. Routier a vu un fibrome au niveau d'un orifice herniaire, et M. Berger possède 4 cas de fibrome des parois abdominales développés aux dépens des aponévroses.

M. Terrier et M. Terrillon regrettent que l'on n'ait pas fait l'examen histologique, car la tumeur était probablement de nature cancéreuse.

M. Bouilly expose les résultats obtenus par lui dans le traitement des endométrites par le *curettage.* Il a fait cette opération 91 fois et a pu contrôler les résultats 69 fois. Ces derniers sont beaucoup plus rapides que ceux obtenus par les autres traitements de l'endométrite. Quand il y a déchirure du col et ectropion, il faut aussi restaurer le col.

Du reste, la statistique se rapporte seulement à des cas d'endométrite simple ou compliquée de lésions peu avancées des annexes.

Les symptômes indiquant le curettage sont des ménorrhagies ou des écoulements intermenstruels, des écoulemenls muqueux ou muco-purulents abondants, des douleurs surtout au moment des règles. La douleur seule sans écoulement n'indique pas le curettage.

En général, il faut anesthésier les malades; cela évite la douleur spéciale et facilite l'abaissement de l'utérus. On pratique d'abord la dilatation préalable avec les tentes de laminaire pendant quarante-huit heures; la dilatation lente est prélérable à la dilatation rapide, extemporanée. Naturellement toutes les précautions antiseptiques sont

de mise. On opérera avec la curette de Sims ou de Simon, en appuyant fortement surtout au niveau du col, et à la fin on terminera par un écouvillonage ou une injection, avec la seringue de Braun, de teinture d'iode ou de glycérine créosotée au 1/3 ou de chlorure de zinc en solution au 1/20 ou au 1/10. Ce dernier convient surtout pour l'endométrite hémorrhagique.

M. Bouilly conseille d'employer comme pansement de la gaze iodoformée en queue de cerf-volant renouvelée au bout de quatre jours; au bout de huit, on ne fait plus que des injections vaginales trois fois par jour avec une solution de sublimé au 1/4000. Du reste, il ne fait supprimer les pansements que quand il n'y a plus de sécrétion purulente, afin d'éviter la réinfection.

Jamais il n'y a eu de complications; quatre fois il s'est produit une légére sensibilité sur les parties latérales de l'utérus.

Les 69 cas suivis se décomposent en 30 guérisons complètes, définitives : 15 améliorations, c'est-à-dire disparition d'un ou de plusieurs des symptômes ayant fait l'indication opératoire; 15 insuccès. Les 39 guérisons comprennent 19 cas d'endométrite hémorrhagique et 20 cas d'endométrite muqueuse ou muco-purulente.

Les insuccès du curettage peuvent être attribués à une mauvaise technique, à une réinfection rapide de la muqueuse utérine, à une certaine variété anatomique d'endométrite, à la complication préexistante de lésions des annexes.

Dans un cas, M. Bouilly s'était contenté de gratter le col et la maladie a récidivé. L'endométrite glandulaire du col, avec catarrhe muqueux abondant, tenace, visqueux, est difficilement modifiée par le curettage. Enfin, une lésion préexistante des annexes amène aussi l'insuccès.

En résumé, le curettage est une ressource précieuse, et dans les formes invétérées et rebelles, il ne peut être remplacé par aucun autre moyen; il met fin très rapidement aux accidents hémorrhagiques de l'endométrite. Les résultats sont incertains quand il y a coexistence de lésion appréciable des annexes.

M. Terrillon a fait 63 curettages depuis 1885. Il conseille de tamponner la cavité utérine avec de la gaze iodoformée. Quand il y a des lésions des annexes, le curettage est insuffisant.

Pour M. Lucas-Championnière, le curettage est loin d'être une panacée universelle; jamais il ne fait le tamponnement de l'utérus, mais seulement celui du vagin. Il est opposé aux lavages secondaires, qui exposent aux réinoculations. L'opération est dangereuse quand il y a des lésions de salpingo-ovarite. La castration est alors seule indiquée.

M. Kirmisson fait remarquer que la simple dilatation extemporanée, suivie du tamponnement utérin avec la gaze iodoformée, donne d'excellents résultats.

M. Segond n'a noté que des insuccès quand il y avait des lésions des annexes.

M. Terrier met cinq ou six jours, quelquefois plus, à dilater l'utérus, dans lequel il laisse une éponge antiseptique jusqu'au moment d'opérer. Il faut surtout insister avec la curette au niveau du col. M. Terrier cautérise les surfaces grattées avec du chlorure de zinc au 1/10 et place au fond de l'organe un gros drain en caoutchouc que les contractions chassent quelques jours plus tard. Il n'a jamais vu d'accident sérieux. Les réinoculations ne sont pas rares et les instruments tels que les canules sont les coupables. En cas de salpingo-ovarite confirmée, les résultats sont nuls.

Pour M. Bouilly, le curettage réussit quand il n'y a qu'un léger degré de salpingite. S'il y a des tumeurs salpingitiques volumineuses et douloureuses avec écoulements muco-purulents ou purulents, il est contre-indiqué. Il regarde une dilatation de quarante-huit heures comme suffisante. Certains écoulements ne sont pas modifiables par le curettage; il s'agit alors d'écoulements réflexes dus à des lésions scléro-kystiques des ovaires. Au point de vue des douleurs, il faut tenir compte du terrain.

— M. Schwartz montre un *corps étranger* traumatique du genou, c'est un morceau de cartilage.

— M. Monod présente des pièces de *cure radicale de hernie* recueillies quelques mois après l'opération et envoyées par M. Zancarol.

FORMULAIRE

Poudre contre la constipation.

Follicules de séné pulv. (passés à l'alcool)......	6	grammes.
Soufre sublimé et lavé	6	—
Fenouil pulv.....................................	3	—
Anis étoilé	3	—
Crème de tartre pulv............................	2	—
Réglisse pulv....................................	8	—
Sucre pulv..	25	—

Mêlez. — Une à deux cuillerées à café, le soir en se couchant, dans une petite quantité d'eau. — N. G.

COURRIER

Le jury du concours pour trois places de médecin au Bureau central est constitué comme suit : MM. Fournier, Cornil, Hutinel, Constantin Paul, J. Simon, Oulmont et Terrier.

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Wartmann (Ch.-L.) (Genève) est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Combemale est nommé médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Bailleul.

M. le docteur Lapointe est nommé médecin de l'asile d'Auxerre.

M. le docteur Bresson est nommé directeur de l'asile de Montdevergue.

M. le docteur Josserand est nommé directeur de l'asile du Mans.

M. le docteur Chambard est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac.

M. le docteur Fabre est nommé directeur de l'asile de Saint-Dizier.

M. le docteur Bessière est nommé médecin-directeur de l'asile Saint-Alban.

— M. le docteur Milet est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Noyon.

Hotel-Dieu de Reims. — Le concours pour une place de médecin suppléant s'est terminé par la nomination de M. Hache, ancien professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs André, ancien médecin militaire ; Danias (de Saint-Dizier) ; Rousseau (d'Auxerre) et Esbach (de Paris).

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Réorganisation des études médicales dentaires.

Depuis mon dernier article, j'ai pu lire le texte exact de la proposition de loi sur l'exercice de la médecine présentée à la Chambre des députés par MM. David, Lockroy, Georges Trouillet, Signard, Gacon, Isoard, Vacherie, Fr. Deloncle. Je ne veux pas discuter aujourd'hui ce projet; j'y reviendrai quand il sera lui-même discuté devant les Chambres. Dans son ensemble, il me satisfait beaucoup; on voit qu'il a été préparé avec soin, non seulement par des médecins instruits, mais encore par des praticiens et par des juristes ; il tient compte des désirs formulés à maintes reprises par nos Sociétés savantes ; il n'arrête pas les conditions d'études, qui pourront être préparées par le pouvoir réglementaire et modifiées par lui suivant les progrès de la science, etc.

Cependant il y a certains points sur lesquels je ne partage pas la manière de voir de la commission et que j'indiquerai brièvement aujourd'hui.

Pour assurer le recrutement des médecins, la commission exprime le vœu que le règlement d'études permettra l'accès de la profession médicale à quiconque est muni de l'un des baccalauréats actuels. Alors que la commission demande la suppression de l'officiat pour forcer toutes les personnes exerçant la médecine à être docteurs, la même commissiou admet encore l'existence de plusieurs baccalauréats. Il y a là une anomalie qui ne peut manquer de frapper tout le monde. Je demande donc que tous les baccalauréats soient ramenés à un seul, dit *baccalauréat d'études*, dont tous les élèves subiront les examens à la fin de leurs études classiques, et qui leur sera indispensable pour entreprendre ensuite tout autre genre d'études : médecine, droit, sciences, écoles du gouvernement (Saint-Cyr, polytechnique, normale), etc.

J'ai dit dans mon précédent article que le stage imposé aux futurs élèves dentistes, d'après le projet de la commission, me paraissait impraticable. Je n'ai pas à revenir sur ma manière de voir, que je conserve entière après avoir lu le paragraphe du projet qui concerne ce poinf. Ce paragraphe est ainsi conçu : « Ce stage, d'une durée de trois ans, se fera chez un dentiste inscrit sur la liste officielle des dentistes français, *diplômés*, ayant droit d'exercice. »

J'ai souligné *diplômés*. Diplômés de quoi, d'où, par qui? Jusqu'ici personne n'avait droit de délivrer un diplôme officiel du dentiste. Qu'a voulu dire la commission? Sont-ce les dentistes munis d'un diplôme de docteur

en médecine ou d'officier de santé? Alors nous retombons dans les impossibilités pratiques que j'ai exposées précédemment. Ces dentistes ont les plus belles clientèles, et n'admettront pas de stagiaires dans leur cabinet.

Dans le courant de cette semaine, j'ai interrogé plusieurs de ces messieurs. « Recevrez-vous, leur ai-je demandé, des stagiaires? » — « Jamais de la vie! » ont-ils répondu à l'unanimité. Et j'avais bien deviné leurs réponses. D'ailleurs M. Magitot, dans l'article qu'il a publié dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* de samedi dernier, est absolument du même avis que nous sur ce sujet, et nous savons qu'il fait autorité dans la matière.

Que fera-t-on donc des élèves dentistes pour en faire des stagiaires? J'ai un projet que je vais soumettre à mes lecteurs.

Il existe depuis quelques années, dans plusieurs hôpitaux de Paris, des services dentaires, confiés à des docteurs en médecine, dentistes de profession. Ces services ont déjà été très utiles à la population pauvre, abandonnée jusqu'alors aux soins d'infirmiers qui leur arrachaient les dents, et aux étudiants, auxquels ils ont appris à soigner les dents et à les extraire convenablement.

Améliorez, perfectionnez, agrandissez ces services, étendez-les à tous les hôpitaux; confiez-les à des docteurs en médecine, dentistes de profession, qui bientôt d'eux-mêmes demanderont à être recrutés par la voie du concours, et alors vous saurez où caser vos stagiaires et où leur faire apprendre les éléments de leur art.

Il n'est pas besoin de développer davantage cette idée, elle est assez claire par elle-même. Les dentistes des hôpitaux seront, je le veux bien, une nouvelle spécialité, et je sais aussi qu'on a déjà crié contre la création des accoucheurs; mais cette création a démontré son utilité en moins d'une année; celle des dentistes ne fait plus déjà de doute pour personne, le titre est déjà lancé, il n'y a plus à le retenir. Le mieux est de l'accepter et de lui donner une consécration, celle du concours. Je suis persuadé que ce ne seront pas les candidats qui feront défaut.

Mais, si j'indique ainsi le moyen de faire faire aux élèves dentistes leur stage, est-ce à dire que j'accepte le projet de la commission en ce qui les concerne, c'est-à-dire la création d'un diplôme spécial?

J'avoue qu'il m'est bien difficile de me prononcer catégoriquement par oui ou non. Cependant, raisonnons.

M. Magitot, adversaire absolu du projet de la commission, veut que toute personne exerçant une branche quelconque de la médecine soit pourvue d'un diplôme de docteur. Il pense qu'en instituant un nouveau diplôme pour les dentistes, on ouvrira aux gens peu scrupuleux une porte qu'on leur avait fermée en abolissant celui d'officier de santé, et il craint qu'à l'abri du nouveau diplôme, acquis sous prétexte de soigner les dents, ils exercent la médecine dans toutes ses parties. M. Magitot n'a pas tort. En Autriche, il n'y a qu'un seul titre médical, celui de docteur, obligatoire pour tous les praticiens, quelle que soit leur spécialité; les dentistes sont donc tous médecins. N'en saurait-il être de même en France?

Ceci est à examiner. La commission ne l'a pas pensé, et peut-être n'a-t-elle pas tort non plus. Rien n'est plus difficile que le changement radical de nos institutions. Cela viendra peut-être; mais en attendant, étant donné le respect qu'on accorde en France aux situations acquises, peut-être faut-il

en passer pendant quelque temps encore par une période de transition, jusqu'à ce que les dentistes actuels s'éteignent d'eux-mêmes.

C'est, du reste, ce qui existe dans plusieurs Etats de l'Europe, comme l'a rappelé M. Magitot. « En Angleterre, en Allemagne, en Suisse, il existe un diplôme spécial, mais ajoutons bien vite que cette institution tend à disparaître pour faire place, en Allemagne, au titre de médecin (zahnärtz), que portent la plupart des dentistes, et, en Angleterre, à celui de surgeon, que délivre le Collège des chirurgiens. Le diplôme spécial ne représente donc ici qu'une mesure transitoire. En Suisse, à Genève, par exemple, la délivrance du diplôme spécial appartient à une école dépendant de l'Université et à la suite d'études médicales et spéciales précédées d'un examen scolaire équivalant au baccalauréat. »

En Russie, le gouvernement a pris, en 1885, au sujet de la profession de dentiste, certaines mesures qui nous plairaient assez, pour la France, à titre transitoire. Il a décidé qu'à l'avenir, pour ouvrir un cabinet de dentiste et pratiquer l'art dentaire, il serait nécessaire d'avoir passé des examens spéciaux et obtenu un diplôme spécial. Les études préliminaires exigent une assiduité de six années aux classes d'un gymnase ou collège ordinaire; et pour obtenir le diplôme de dentiste, les élèves devaient faire un stage et subir des examens dans une Université où des chaires d'odontologie, des laboratoires et des cliniques seraient institués. C'est seulement après avoir satisfait à cette condition que les candidats pourront être admis à l'exercice de leur profession. (Voir l'*Union médicale* du 21 novembre 1885.)

Nous sommes donc assez disposé à admettre, à titre transitoire seulement, et pour une période que la commission devrait bien fixer, la création d'un diplôme spécial pour les dentistes, à condition de prévoir les délits qui pourraient être commis à l'aide de ces diplômes et de les punir très sévèrement. Mais nous espérons que, dans un temps donné, qui sera beaucoup plus court que l'espace compris entre l'an XI et 1890, *toute personne voulant soigner un malade, quel que soit le siège de la maladie, sera obligée d'être munie préalablement d'un diplôme de docteur en médecine.*

Hôpital Saint-Louis — M. le professeur Fournier.

De la gale (1).

Messieurs,

Je vous ai dit, dans la dernière leçon, qu'il y avait trois espèces de dermatoses de la gale : la miliaire scabieuse, l'eczéma et l'ecthyma scabieux. C'est là tout ce que la gale produit en tant que gale, mais ce ne sont pas là les seules éruptions scabieuses que vous ayez à constater.

On peut dire d'abord qu'il y a toujours des lésions de grattage. Tantôt c'est une simple suffusion sanguine à la peau; tantôt des traînées rouges produites par les lacérations qu'opèrent les ongles, traînées dont on a comparé la disposition à celle des rails de chemin de fer; tantôt, enfin, il y a de véritables excoriations linéaires en forme d'arrachements parallèles. Un galeux ancien présente toujours les lésions de grattage.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 février 1890.

Quelquefois, il y a d'autres lésions qui sont de véritables complications. Telles sont les dermites furonculeuses qui surviennent sous l'influence de l'irritation de la peau et du grattage. Ces dermites peuvent amener des lymphangites et même des adénites. Ces dernières sont de deux sortes : ou bien elles s'enflamment et suppurent, ou bien ce sont des adénites froides, multiples, qui, dans l'aine, par exemple, reproduisent absolument la disposition de l'adénopathie syphilitique.

Deux mots résument la marche de la gale : elle est rapide; elle est progressive. Elle est rapide, car, en général, quelques semaines après le début, tout le corps est atteint: elle est progressive, car ses phénomènes augmentent peu à peu d'intensité à partir de son apparition. Tandis qu'elle ne se manifeste d'abord que par des éruptions sèches et papuleuses, elle donne naissance ensuite aux éruptions pustuleuses et furonculeuses.

La durée de la gale est ce que les malades veulent. S'ils se traitent, ils sont guéris en quelques heures et les éruptions disparaissent ensuite rapidement; s'il n'y a pas de traitement, la maladie persiste indéfiniment. Les acares prolifèrent, en effet, sans cesse et il n'y a pas de raison pour qu'ils s'arrêtent. Certains de nos malades de la consultation ont leur gale depuis huit mois, un an, quelquefois deux ans. Dans certains pays tels que des cantons du Jura, en Suisse et en Norwège, l'homme prend la gale en naissant et la conserve jusqu'à sa mort.

En dehors du traitement, la gale n'est influencée que par la maladie; quand un galeux vient à être atteint d'une maladie grave, telle que la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la pneumonie, aussitôt les phénomènes qu'il présentait du côté de la peau s'améliorent; il ne se gratte plus et les dermatoses disparaissent; la guérison n'est cependant qu'apparente et, dès que la convalescence est survenue, la gale, en quelques semaines, a repris sa première intensité. Bien des raisons ont été invoquées pour expliquer l'action des maladies graves; l'explication la plus simple, la meilleure, est celle de Lailler : l'acare, pour bien vivre, a besoin d'un bon état de la peau et des sucs nutritifs qui s'y trouvent; ces derniers s'altèrent chimiquement dans la maladie, et l'animal n'ayant plus une nourriture convenable, ne creuse plus de tunnels et ne se reproduit plus.

On avait admis autrefois beaucoup de variétés de la gale; en réalité, il n'y en a qu'une seule, qui se rencontre principalement dans les pays du Nord, en Norwège. C'est une gale spéciale, immonde; elle se caractérise par des incrustations, des callosités de la peau siégeant surtout à la face palmaire des mains, sur les membres et quelquefois à la face. Les téguments ressemblent à des écorces d'arbres qui s'effritent et ont la dureté du cuir; ces épaississements sont constitués par des lamelles épidermiques stratifiées avec une quantité considérable d'acares. Peut-être ces derniers viennent-ils d'un animal?

Dans les vieux auteurs, on parlait de gales sèches, papuleuses, cachectiques, etc. Tout cela est artificiel, car la gale est une et ne peut être morcelée; il n'y a pas de gale présentant simplement soit de l'eczéma, soit des papules, mais toujours les éruptions sont polymorphes.

Cependant, Messieurs, la gale ne se présentera pas toujours à vous sous la même apparence. La gale que je vous ai décrite jusqu'ici est la gale d'hôpital, tandis qu'il en existe aussi des types qui sont, pour ainsi dire, spéciaux aux gens du monde. Vous voyez là la même chose que dans la syphilis, dont les manifestations diffèrent en clientèle et dans nos salles,

ce qui tient, comme vous le savez, à ce que le malade de la ville se traite, tandis qu'à l'hôpital, il n'y a que de pauvres diables qui ne savent ou ne peuvent se soigner.

Dans le monde, les manifestations scabieuses sont, pour ainsi dire, réduites à leur minimum par suite des soins hygiéniques, des soins de toilette. Comment l'acare prospérerait-il sur le corps d'un malade qui se lave chaque jour et change de linge très souvent? Aussi rencontrerez-vous en clientèle deux formes bien spéciales qu'il me faut vous décrire. La première est la gale partielle, qui est fort rare, exceptionnelle même; elle se manifeste par de petites papules qui siègent habituellement sur la verge, quelquefois sur les mains, quelquefois aux seins, chez la femme. A peine si l'on trouve deux ou trois de ces petites papules, grosses au plus comme le tiers ou le quart d'une tête d'épingle et très prurigineuses : c'est la gale absolument à son début.

Bien plus souvent on observe une forme discrète de la maladie; il y a alors un très petit nombre de lésions galeuses très bénignes qui revêtent l'apparence de papules sèches; tout au plus peut-on compter cinquante ou soixante de ces papules.

Le pronostic de la gale est généralement bon, puisqu'elle est facile à guérir; on doit toujours, du reste, tenter cette guérison, et il n'y a à craindre ni répercussion ni métastase sur les organes internes, comme le croyaient les anciens médecins. Dans l'immense majorité des cas, la gale reste bénigne; elle n'affecte pas la santé générale; elle est la gale et n'est que cela. Cependant, dans quelques cas, elle provoque des troubles assez sérieux de la santé. Chez les individus faibles, nerveux, irritables, elle arrive à empêcher tout sommeil. Cette insomnie entraîne avec elle la perte de l'appétit, la difficulté de la digestion, la constipation, l'énervement général; puis, enfin, la débilitation et l'anémie. Il est absolument rare que les accidents aillent plus loin. Cependant il faut que je vous signale ici deux ordres de cas spéciaux; la gale est dangereuse aux deux extrêmes de la vie : chez le vieillard très avancé en âge et chez le nouveau-né.

Chez le vieillard, l'énervement, l'affaiblissement, peuvent conduire à un dénouement fatal. Hardy, dans un cas, a signalé la transformation de l'ecthyma scabieux en gangrène suivie de mort. Chez le nouveau-né, la gale est très dangereuse, puisqu'il suffit d'un rien pour provoquer un accident grave, la convulsion. On ne sait jamais, en effet, ce que peut devenir l'clampsie. Quelquefois les convulsions se sont assez répétées pour amener une terminaison tragique. Citons encore un inconvénient très sérieux de la gale : elle excite aux dermatoses secondaires et tenaces. Comme l'a si bien dit Bazin, chez les dartreux elle éveille la dartre, et, chez ces malades, il est fréquent de voir des lichens et des eczémas constitutionnels à la suite de la gale. En dehors de la grossesse, l'eczéma du sein chez la femme succède huit fois sur dix à la gale. Vous voyez donc, Messieurs, que bien que la maladie soit sans doute très bénigne, elle ne laisse pas parfois que d'avoir les suites les plus fâcheuses.

Avant de vous parler du traitement, je veux encore, Messieurs, vous dire quelques mots de l'étiologie. La cause de la gale ne peut être placée dans les altérations humorales, c'est là un point qu'il est maintenant superflu de discuter; il ne convient pas non plus de s'arrêter sur les controverses qui ont eu lieu pour savoir si l'acare était cause ou effet de la maladie. Toutes ces questions sont aujourd'hui vidées. La gale reconnaît une

cause unique : l'acare; elle n'a qu'un mode unique de propagation : la contagion par l'acare. Ce n'est pas tout, nous savons encore que, parmi tous les produits de la maladie, il n'y a que l'acare qui puisse la transmettre; on a inoculé des croûtelles, des pustules, des fragments de peau malade, jamais la maladie ne s'est développée, car il faut, pour ce développement, un acare vivant. Ce que l'on sait encore, c'est qu'il n'y pas de dispositions individuelles à la gale, pas plus qu'il n'y a d'immunités; tout le monde est égal devant elle; elle sévit sur les deux sexes, sur tous les âges, l'âge adulte et la vieillesse. Les hommes de toutes les classes sont atteints et toutes les races sont frappées.

Comment, maintenant, la contagion s'exerce-t-elle? Elle peut se produire par tous les procédés possibles et imaginables, puisqu'un simple contact est théoriquement suffisant. Cependant il faut absolument, pour que la contagion ait lieu, qu'un acare femelle fécondé s'introduise dans la peau; un acare mâle, des œufs non fécondés, ne donneront pas naissance à la maladie.

La contagion est directe ou médiate. Directe, elle a lieu d'un galeux à un sujet sain par la cohabitation, le coucher en commun; médiate, elle se fait par l'intermédiaire d'un objet inanimé : draps de lits, vêtements ou gants. Ces deux modes de contagion ont une fréquence très différente, car le deuxième est assez rare relativement à l'autre, bien qu'on en possède un grand nombre d'observations. Des draps malpropres, des gants de salles d'armes, des vêtements ont souvent propagé la maladie. Elle pourrait aussi se transmettre par les outils, les instruments de travail d'un galeux.

Mais, me direz-vous alors, la gale est prodigieusement contagieuse. Eh bien, non, Messieurs, et l'observation clinique est là pour prouver qu'il ne suffit pas d'un contact pour gagner la maladie. Théoriquement, ce contact est suffisant; pratiquement, il ne l'est pas. Il faut, en effet, un rapprochement plus ou moins prolongé avec le galeux, et il est absolument rare, presque inouï, qu'un simple contact ait suffi. Les gens qui viennent vous dire qu'ils ont gagné la gale en donnant une poignée de main, ou dans un omnibus, en passant les six sous réglementaires, se font illusion ou vous trompent sciemment. Laissez-moi vous citer un exemple typique : Il y a quelques années, deux de mes externes gagnèrent la gale et crurent l'avoir attrapée à l'hôpital. Après enquête, je découvris qu'une jeune femme, qui avait son logement dans l'hôtel qu'ils habitaient, était atteinte de la maladie et qu'elle venait quelquefois les aider à passer la soirée. Il faut donc, Messieurs, un contact de durée, et si très souvent l'enfant présente de la gale sur les fesses, c'est que la nourrice qui le contagionne le tient par cette région lorsqu'elle lui donne à téter. Quatre-vingt-quinze fois sur cent, la cause de la gale est la cohabitation, le coucher en commun. Ici tout se trouve réuni, le contact est long et intime et il y a presque impossibilité d'éviter la contagion. Un mari galeux contagionne toujours sa femme; quand, dans une famille pauvre, les enfants couchent avec leurs parents, ils sont toujours atteints. Dans un ménage pauvre, toujours tout le monde est frappé, et c'est là ce que nous avons coutume d'appeler la « gale de famille ».

De tout cela nous pouvons tirer certains corollaires. Par exemple, la gale est plus fréquente dans la jeunesse, parce que la jeunesse est l'âge des fréquentations risquées, des compagnes de nuits changeantes; elle est

plus commune chez l'homme que chez la femme, parce que la femme est plus isolée; plus fréquente dans la classe pauvre, à cause de la promiscuité.

Un mot, Messieurs, sur la gale des animaux, qui a été très discutée. Les uns ont dit que l'homme pouvait la gagner, les autres l'ont nié en s'appuyant sur ce fait qu'il ne s'agissait pas du même acare. Ni l'une ni l'autre des deux opinions n'est juste, car il paraît bien prouvé que certaines gales animales, mais certaines seulement, sont transmissibles à l'homme. Il en serait ainsi, par exemple, de la gale du cheval, de celle du loup, de celle du mouton. Du reste, la gale du cheval est beaucoup plus contagieuse pour le cheval lui-même que pour l'homme. Dans beaucoup de cas, pour le chat, par exemple, la maladie, transportée à l'homme, produit des gales anomales qui meurent très rapidement. Le sarcopte du chat, inoculé à l'homme, n'amène sur la peau que la production d'une éruption discrète qui disparaît seule ou après une médication banale.

Trois propositions résument la pathogénie de la gale :

1° Au début, elle est toujours partielle.

2° Elle débute toujours là où s'est porté le contage; telles sont les gales de la verge, du sein, des fesses.

3° Après un certain temps, la gale s'étend, se généralise. Cela tient à ce que l'acare prolifère ; à ce que le galeux s'inocule par le grattage; à ce que les draps et les linges servent à transporter l'animal.

C'est par ce triple procédé que la gale, après avoir été circonscrite et partielle, finit par envahir la plus grande partie du corps.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Etude anatomique sur la circulation veineuse de l'encéphale, par le docteur E. Hédon. Paris, O. Doin, 1889.

Voici les principales conclusions de cet intéressant travail :

1° Il existe entre les artères et les veines de l'encéphale de grandes différences. Les troncs veineux sont superficiels et baignent dans le liquide des espaces sous-arachnoïdiens.

2° Les veines du cerveau forment deux systèmes : le système de la surface des hémisphères et le système de la veine de Galien; le premier résume la circulation de retour du cerveau antérieur et le second celle du cerveau intermédiaire.

3° Les veines de la surface des hémisphères forment des groupes suivant qu'elles ont aux sinus de la base ou à ceux de la voûte.

4° Le système de la veine de Galien est formé principalement par la réunion des veines ventriculaires et des veines basilaires. Le système veineux des ganglions est double et les branches vont les unes vers la base de l'encéphale pour se jeter dans la veine basilaire, les autres vers la surface du ventricule latéral pour former une partie des origines des veines de Galien.

5° Les veines du bulbe et de la protubérance ont une disposition qui rappelle celle des veines médullaires.

6° Les différentes parties du système veineux de l'encéphale sont solidaires et réunies par de nombreuses anastomoses. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

MALADIES DU FOIE.

Atrophie jaune aiguë du foie chez une enfant, par Th. Rosenheim. (*Zeitschrift für klin. Med.*, Bd. 15, p. 441.) — Thierfelder (*Ziemmsser's Handbuch*, Band VIII) a réuni les 143 cas d'atrophie jaune aiguë publiés jusqu'à ce jour. Il ne s'y trouve que 12 observations recueillies chez des enfants; encore, parmi celles-ci, 9 seulement se rapportent d'une façon certaine à l'atrophie jaune; Henoch (*Vorlesungen über Kinderkrankh.*) n'a observé que 8 cas de la maladie chez des enfants et 1 seul a été confirmé par l'autopsie.

Le cas de Rosenheim se rapporte à une fille de 10 ans qui n'avait eu, comme maladie antécédente, qu'une rougeole. Le 15 décembre 1887, elle présenta subitement de la jaunisse avec fatigue et perte de l'appétit. Bientôt survinrent des crachements qui persistaient les jours suivants, de telle sorte que la malade ne pouvait rien garder; il y avait en même temps de la constipation. A partir du 2 janvier, la malade fut forcée de garder le lit.

Le 4 janvier, elle est dans l'état suivant : foie diminué de volume et rate un peu hypertrophiée. L'enfant est hébétée; de temps en temps, elle s'agite, parle avec incohérence, crie après sa mère. La respiration est stertoreuse et il y a trente mouvements par minute. Le pouls est à 68 et la température du soir de 36. L'urine évacuée au cathéter est très ictérique, sans albumine.

Le 5, l'ictère est plus fort; la constipation persiste malgré des lavements et l'administratration de calomel; l'hébétude est plus marquée. Matin : Temp., 37°; pouls, 72. Soir : Temp., 35°; pouls, 120.

Le 6, pendant la nuit, la malade a laissé aller sous elle ses selles et ses urines. De faibles hémorrhagies se produisent par la bouche et l'intestin, et la mort arrive à dix heures du matin.

L'autopsie est pratiquée trois heures après la mort. Elle donne les résultats suivants : Pétéchies nombreuses sur la plèvre, le péricarde, l'épiploon, le mésentère. A la section du cœur, plaques et bandes allant du gris clair au jaune. Foie atrophié : poids, 500 grammes. Rate doublée de volume. Examen bactériologique négatif. On ne trouve ni leucine, ni tyrosine dans l'urine retirée de la vessie par la sonde. L'urée est diminuée, il y a de l'ammoniaque, et les corps azotés n'existent qu'en petite quantité. Par contre, l'urine contient de l'acide lactique, particularité souvent notée dans l'empoisonnement par le phosphore, mais rencontrée pour la première fois dans l'atrophie jaune aiguë.

Rosenheim insiste beaucoup sur la présence de cristaux de bilirubine dans les sédiments. Jamais la matière colorante de la bile n'a été observée sous forme cristalline dans l'urine. Il n'y a que l'ictère des nouveau-nés où l'on ait constaté une élimination de cristaux de matière colorante dans l'intérieur des canalicules urinaires. D'ailleurs, cette tendance à la cristallisation se rencontre chez les animaux, particulièrement dans la lupinose, affection très analogue à l'atrophie jaune aiguë.

L'urine de la malade, filtrée, ne contient pas d'albumine; elle ne présente que de rares traces de propeptones et pas de peptones; on y trouve cependant des cylindres et des détritus épithéliaux qui indiquent une altération grave du parenchyme rénal.

Il faut noter, au point de vue étiologique, l'absence de microbes dans le foie.

Ictère grave; dégénération jaune aiguë du parenchyme hépatique, par Cimbali. (*Centralblatt*, 1888, 32.) — L'auteur donne une observation d'ictère grave et ajoute : D'après tous ces symptômes, l'ictère grave doit être interprété comme une maladie infectieuse. L'atrophie jaune aiguë du foie, que l'on trouve le plus souvent dans cette maladie, représente l'effet et non la cause du processus pathologique, comme Buhl, Wunderlich, Bamberger, Lebert l'ont déjà montré. L'atrophie et la perte de poids du foie n'accompagnent pas toujours l'ictère grave, comme le montrent le cas de Trousseau, de Thierfelder et celui de l'auteur, cas où le foie n'était pas atrophié et où il a été

quelquefois hypertrophié. En raison de ces faits, la forme pathologique en question doit s'appeler ictère grave et non atrophie jaune aiguë du foie. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 février. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une note sur des revaccinations faites en 1889 et 1890 par le docteur Mouchet;
2° Des relations d'épidémies de grippe, par MM. Musset, Huguenard et Labit;
3° Une observation de M. Delétry sur une néphrectomie abdominale;
4° Un mémoire sur une épidémies de choléra à Hanoï, par M. le docteur Solland;
5° Un travail du docteur Morvan sur la chorée fibrillaire.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. Nicaise relatif à *l'aération par les fenêtres ouvertes* dans la phthisie pulmonaire. Les principaux travaux sur cette question sont ceux de MM. Dettweiler, Daremberg et Pouzet. D'après les chiffres de M. Nicaise, tandis que la température minima extérieure a oscillé entre — 2 et + 12,5, celle de la chambre ouverte peut rester à + 10, celle de l'extérieur étant — 2. Il y a émission par les parois de la pièce de la chaleur qu'elles ont emmagasinée dans la journée. Il importe, si l'on veut généraliser dans des climats moins doux la pratique de M. Nicaise, de procéder avec une grande prudence, d'acclimater peu à peu le phthisique et enfin de le revêtir et de le couvrir selon son accoutumance. Il ne faut pas compter, du reste, supprimer tout traitement pharmaceutique. Le traitement hygiénique a la plus grande importance pour modifier le terrain; mais la toux, l'expectoration, la fièvre exigeront toujours des indications variées.

— M. Doyen lit une note relative à *l'analyse microbiologique* des eaux de Pont-Faverger. Celle des points contaminés contenait par litre 25,000,000 de bactéries, dont 15 à 20,000,000 de bacilles typhiques. Des échantillons provenant d'Epernay étaient contaminés.

M. Doyen a constaté que les bacilles de la fièvre typhoïde, du charbon, du choléra, de la diphthérie, de la fièvre puerpérale, du furoncle, etc. résistaient à un froid de — 100°.

M. Doyen conclut avec M. Lajoux que :

1° Le dosage des matières organiques et de l'azote ammoniacal n'a qu'une importance secondaire dans l'analyse d'une eau suspecte;

2° Le dosage du chlore et de l'acide azotique est, au contraire, en rapport direct avec le degré de contamination de l'eau par les matières organiques d'origine animale, qui ont subi presque en totalité l'action du ferment nitrique;

3° L'analyse bactériologique a confirmé, pour chaque échantillon, les résultats de l'analyse chimique.

— M. Danion lit un travail sur le traitement des fibro-myomes par l'électricité. Il emploie le tampon électrique vaginal et les renversements. L'action galvanique est étrangère aux effets produits, elle est même nuisible. La cure du fibrome entraîne celle de l'endométrite concomitante. Les intensités utiles oscillent entre 80 et 120 milliamp., pouvant aller jusqu'à 150, et plus de 600 applications du traitement n'ont pas entraîné d'accidents. Les effets immédiats sont bien plus rapides qu'avec l'ancien traitement intra-utérin ou intra-cervical; les accidents dans ce dernier traitement tiennent à l'action caustique.

M. Lemoigne (de Milan) est élu correspondant étranger.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 février 1890. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

SOMMAIRE : *Contribution à l'étude clinique de la récente épidémie. — Contractilité des globules rouges simulant la présence de parasites dans le sang dans l'anémie intense et la grippe.*

M. FÉRÉOL donne quelques détails sur les cas de grippe qu'il a observés dans sa clientèle. Il insiste sur la gravité des formes hémoptoïques, l'intensité des points de côté qui, revenant dans la convalescence, faisaient craindre quelquefois l'apparition de pleurésie et de tuberculose ; il n'a vu que très rarement la pleurésie avec épanchement, fréquemment, par contre, des symptômes myo-péricardiques.

Tous les diabétiques n'ont pas payé un aussi fort tribut qu'on l'a dit à la mortalité.

M. Féréol ne croit pas que, lors de la discussion sur la distinction entre la grippe et la dengue, on fût en état de bien juger les faits, par suite de l'ignorance où nous sommes des vrais caractères de la dengue que nous ne voyons pas et du long temps qui s'était écoulé depuis la précédente grande épidémie de grippe, celle de 1837.

M. Féréol a vu, comme beaucoup d'autres collègues, les exanthèmes polymorphes, scarlatiniformes, rubéoliformes, qui lui ont rappelé celles qu'a décrites M. de Brun dans la dengue de Syrie.

Chez plusieurs malades, M. Féréol a vu l'entérite fébrile, une fois notamment une pérityphlite qui a duré un mois et n'a paru pouvoir être rattachée qu'à l'influence épidémique.

M. Féréol a observé un cas de terminaison mortelle par myélite ascendante chez un surmené morphinomane.

Il a rencontré des otites nombreuses et graves.

La contagiosité lui a paru évidente en bien des cas, du moins sous la forme catarrhale.

M. LAVERAN a vu beaucoup de pleurésies dans cette épidémie, dont cinq purulentes à streptocoques. Il a perdu un malade d'une phlébite ; le sang contenait le streptocoque.

M. FERRAND insiste sur la pathogénie nerveuse de beaucoup des accidents de la grippe : l'atteinte sérieuse du système nerveux cérébro-spinal est peut-être favorisée par la fréquence du tempérament nerveux à notre époque. Il a vu plusieurs fois des manifestations rhumatismales aiguës et deux phlébites.

M. HAYEM n'est pas convaincu que l'épidémie soit terminée ; il est encore hésitant pour savoir si plusieurs cas qu'il observe en ce moment ne sont pas des grippes.

MM. CHANTEMESSE, à l'institut Pasteur, GAUCHER, au Bureau central, MERKLEN, FAISANS, CADET DE GASSICOURT, RENAULT, à l'hôpital d'Aubervillers, en ont vu encore des cas indiscutables, soit venus de province, soit développés à Paris.

M. PETIT cite le cas d'une jeune femme qui a fait, au début de la grippe, une fausse couche de deux mois qu'il incline à rapporter à la grippe même.

— M. G. HAYEM a constaté dans l'anémie très prononcée, ayant atteint le quatrième degré ou s'en rapprochant beaucoup, des phénomènes de mouvement assez complexes dans les globules rouges du sang. Ce sont ou des déformations de la masse entière du globule, ou seulement des mouvements limités à une de ses parties, ou un déplacement de l'élément entier accompagné ou non de la translation dans le champ du microscope.

M. Hayem distingue quatre types d'éléments :

1° *Eléments contractiles dans toute leur masse.* — Certains globules rouges sans prolongements changent de forme sur place. Ils se replient sur eux-mêmes, se plissent, parfois même semblent sur le point de se segmenter, etc. Ces manifestations, qu'on doit rattacher à une obscure contractilité amœboïde, sont absolument semblables à celles que M. Hayem a décrites à propos des globules rouges à noyaux du sang de l'embryon et des éléments colorés et à noyau des organes hématopoiétiques.

2° *Eléments à prolongements mobiles.* — Des globules rouges moyens, petits ou nains,

offrent des prolongements en forme de doigts de gants ou de tentacules, ou de simples flagellums. Ils sont parfois immobiles, parfois agités de mouvements au niveau de leurs prolongements.

3° *Eléments oscillants sur place.* — Ce sont des globules nains, souvent assez légers pour flotter dans le plasma. Ils sont alors agités d'un mouvement d'oscillation autour d'un axe passant par leur plus grand diamètre.

4° *Eléments se déplaçant dans la préparation.* — Ces derniers éléments mobiles, plus petits encore que les précédents, sont dénommés par M. Hayem pseudo-parasites, parce qu'il est facile, à un examen superficiel, de les confondre avec de véritables parasites. Ils affectent la forme de bâtonnets noueux, étroits, d'une longueur qui peut varier de 3 à 7 ou 8 μ.

Ils sont animés d'un mouvement d'oscillation continue autour de leur grand axe, et, de plus, de mouvements d'inflexion suivant leurs faces. Il résulte de ce double mouvement et de l'irrégularité de leur contour que chacun d'eux, considéré individuellement, change constamment de forme. A elle seule, cette particularité suffirait à distinguer ces corps mobiles des parasites. Cette mobilité, parfois très remarquable, présente la plus grande analogie avec celle de certaines bactéries. Elle est d'une durée notable, mais limitée.

Ces quatre types d'éléments peuvent coexister dans un même échantillon de sang. M. Hayem n'a encore rencontré le premier que chez un malade. Au contraire, depuis un an, il a retrouvé les trois autres types chez tous les malades atteints d'anémie extrême, c'est-à-dire chez six (deux atteints d'anémie par cancer stomacal, trois d'anémie dite pernicieuse progressive, et enfin une malade atteinte de chlorose avec anémie au quatrième degré).

Ces divers types de globules rouges mobiles peuvent être considérés comme des globules rouges de constitution imparfaite, arrêtés dans leur évolution, comme avortés, et ayant encore les propriétés contractiles des hématoblastes. Ils ne semblent pas caractériser une affection particulière, mais bien se rattacher purement et simplement à la description des lésions globulaires de l'anémie du quatrième degré.

M. Chantemesse a observé dans le sang d'individus atteints de grippe des corps absolument semblables à ceux que M. Hayem vient de décrire. Il a répété exactement les observations de Klebs en employant la même méthode que lui. Il a constaté avec M. Widal, à côté des globules rouges qui ont conservé leurs propriétés ordinaires de forme, de coloration, d'immobilité, en deux ou trois points de chaque préparation des corps qui n'ont pas l'apparence des hématies ordinaires.

Ils se présentent sous plusieurs formes. Deux d'entre elles paraissent répondre à la description de M. Hayem. La première est ou paraît être un globule rouge, qui a perdu sa forme elliptique et son immobilité. Un des points de sa surface a laissé échapper un prolongement protoplasmique en pointe qui lui donne une forme en raquette. De plus, ce globule a acquis une mobilité assez grande et s'avance dans le liquide de la préparation, tantôt en avant et tantôt en arrière, pendant que toutes les hématies normales restent immobiles.

La seconde forme de corps particuliers que M. Chantemesse a vus dans le sang du même malade, au second jour de la grippe, lui a paru correspondre à la *monade* que Klebs vient de décrire dans le sang d'un individu qui a succombé à l'influenza. Ce corps se présente aussi, par son apparence extérieure, comme semblable au globule altéré des anémies extrêmes de M. Hayem.

C'est un corpuscule très mobile ayant une extrémité antérieure ou corps réfringent, ovoïde. A une des extrémités du grand diamètre se voit un prolongement sous forme de flagellum qui possède une longueur égale ou supérieure à celle du grand diamètre du corps. L'extrémité libre de ce qu'on pourrait regarder comme un flagellum est parfois un peu renflée, et comme ce prolongement est agité d'un mouvement très rapide, il se courbe et place parfois la petite extrémité à côté de la grosse. Sa figure donne alors pendant quelques instants l'image de deux sphères accolées, une grosse et une petite. La mobilité dure plusieurs heures.

M. Chantemesse considère ces différentes images comme le résultat d'altérations globulaires. Il n'a pas réussi à obtenir des cultures avec le sang de malades recueilli au début de la grippe, au moins avec les procédés classiques.

Klebs a rapproché les corps vus dans le sang des grippés de ceux qu'il a observés autrefois dans le sang des malades atteints d'anémie pernicieuse.

Quels rapports précis existent entre les corps signalés par Klebs, ceux que M. Chantemesse a vus, si tant est qu'ils ne soient pas les uns et les autres des artifices de préparation, et ceux dont vient de parler M. Hayem? La question ne peut encore être tranchée

MM. Vaillard et Antony, comme M. Chantemesse, ont vu, dans du sang, examiné en dehors de toute addition de sérum ou d'autre liquide, les mêmes formes d'éléments globulaires mobiles, simulant des parasites. — P. L. G.

COURRIER

Instructions du service de santé pour arrêter dans l'armée les progrès de la tuberculose. — Sur l'ordre du ministre de la guerre, le directeur du service de santé a adressé aux corps de troupes des instructions pour arrêter la propagation de la tuberculose.

Nous y relevons les recommandations suivantes :

« J'attache la plus grande importance à ce que l'on éloigne immédiatement de l'armée les hommes qui présentent les symptômes de la tuberculose ; cette maladie est si souvent liée à ce qu'on appelle « la faiblesse de constitution », que les médecins experts devront examiner spécialement à ce point de vue tous les jeunes gens qui leur paraîtront être délicats ; ils se garderont bien cependant de baser expressément leurs propositions de réforme et d'ajournement sur l'insuffisance du périmètre thoracique, l'expérience journalière ayant prouvé qu'il n'y avait point de rapport absolu entre le développement de ce périmètre et l'intégrité des organes respiratoires ; ils motiveront exclusivement leurs propositions sur les signes que relèvent à la fois l'auscultation, la percussion et l'ensemble constitutionnel de l'individu. Tout homme présentant des signes certains de « bronchite spécifique » sera proposé immédiatement pour la réforme ; ceux chez lesquels on ne constatera que l'imminence morbide de la tuberculose *seront ajournés à trois mois*. Ces prescriptions auront pour résultat d'éliminer de l'armée des hommes prédisposés à la phthisie ; elles leur donnent le moyen de se faire soigner et, en même temps, elles éloignent de l'armée des causes d'infection et de propagation. D'un autre côté, en évitant la mise en route d'hommes qui seraient réformés au corps, on économise au Trésor des frais relativement considérables. Au surplus, cette méthode, partiellement appliquée, a donné des résultats appréciables. Ainsi, en 1867, la phthisie causait 2,23 décès pour 1,000 ; en 1877, elle ne causait plus que 1,45 décès pour 1,000 et, en 1887, la proportion tombait à 0,99 décès pour 1,000. On peut espérer que la mortalité deviendra presque nulle. »

Faculté de médecine de Paris. — M. Brouardel, doyen de la Faculté, est maintenu dans lesdites fonctions pour une période de trois ans, à partir du 26 février 1890.

M. Klippel (François-Maurice), docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Bellangé, démissionnaire.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèven rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'Académie des sciences a eu la primeur d'un intéressant travail de MM. Verneuil et Clado sur une variété peu connue de pneumocèle, qui survient dans la tunique vaginale, soit spontanément, soit à la suite d'une ponction avec un trocart, est formée par le développement des gaz putrides, détermine la production d'un phlegmon gangréneux des enveloppes scrotales et peut guérir par la résection des parties mortifiées. Cette affection est peu connue et peu commune, car les auteurs classiques n'en parlent point.

Les laboratoires des hôpitaux ne chôment pas, comme on le voit; de son côté, M. le professeur Guyon, en son nom et en celui de M. Albarran, a communiqué également à l'Académie des sciences le résultat de leurs recherches sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la rétention d'urine, en particulier sur ses effets immédiats et éloignés, et le mécanisme de leur production. Les micro-organismes jouent encore un rôle important dans cette partie de la pathologie, et l'association de la bactériologie à la clinique, là encore, a été très féconde.

FEUILLETON

CAUSERIE

Je suis persuadé que beaucoup de ceux qui discutent en ce moment, pour leur propre compte et pour celui des autres, les projets de loi destinés à modifier le sort des sages-femmes ou à le laisser dans le *statu quo* ne se doutent pas de la manière dont cette utile institution a débuté.

Je n'étais pas mieux renseigné à cet égard avant d'avoir lu un petit livre dont le titre m'échappe en ce moment et qui raconte cette anecdote. Je sais que l'auteur s'appelle Hyginus, mais c'est tout. J'avais le titre sur un bout de papier, dans mon portefeuille, mais celui-ci est tombé de ma poche, les papiers se sont éparpillés, et je ne sais où la note s'est égarée. Si je la retrouve, je ne manquerai pas de compléter le titre du livre.

Donc, il y a longtemps, très longtemps même, les deux lois suivantes régissaient l'exercice de la médecine à Athènes. (Il y en avait d'autres, mais je ne vous cite que celles-là, parce qu'elles ont trait à mon récit.)

1° Il est absolument interdit, sous peine de mort, aux hommes d'approcher des femmes quand elles sont en travail d'enfant (j'entends la fin du travail et non le commencement de l'enfant);

2° Il est absolument interdit aux femmes d'étudier et de pratiquer la médecine.

A l'Académie de médecine, les microbes ont encore occupé une bonne partie de la séance; M. le docteur Doyen (de Reims) les a recherchés avec M. le docteur Lajous dans les eaux de puits contaminés, et M. Dujardin-Beaumetz a posé les règles à l'aide desquelles on peut combattre ceux de la tuberculose si l'on veut soumettre les phthisiques à l'aération continue par la fenêtre ouverte. Le travail de M. Doyen est surtout intéressant en ce qu'il montre la quantité énorme de microbes de la fièvre typhoïde dans les eaux de certains puits et leur extrême résistance aux diverses causes qui pourraienf amener leur destruction. On s'explique ainsi pourquoi l'eau de ces puits est si meurtrière quand, par un malheureux hasard, on vient à les utiliser comme eaux potables. Un de nos honorables maîtres dans les hôpitaux a payé cruellement son expérience à ce sujet.

— M. le professeur Brouardel a lu lundi dernier, à la séance du Comité consultatif d'hygiène de France, son rapport sur les projets de revision de la loi sur l'exercice de la médecine. Nous publierons prochainement les articles de cet important document, qui ont été adoptés presque à l'unanimité par le Comité, et qui le seront vraisemblablement par les Chambres.

— Dans sa séance de jeudi dernier, la Faculté a présenté la liste suivante des candidats à la chaire de pathologie iuterne vacante par suite de la mort de M. Damaschino : en première ligne, M. Debove; en deuxième ligne, M. Landouzy; en troisième ligne, M. Joffroy. Tous nos compliments et nos félicitations sincères à notre excellent ami M. Debove. — L.-H. P.

De la présystole.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 octobre 1889,

Par P. Duroziez.

Howship Dickinson publie, dans *The Lancet,* 19 octobre 1889, un article intitulé : *Lecture on the so called presystolic murmur* (Lecture sur le soi-disant bruit présystolique). Dickinson termine en disant qu'il s'adresse

---

Comme conséquence, les femmes en mal d'enfant étaient abandonnées aux hasards de la parturition, dont la bonne nature faisait tous les frais, à moins qu'une voisine complaisante, intelligente, experte en la matière et ayant elle-même donné beaucoup d'enfants à la patrie, ne fût en état de porter secours à la parturiente, si les choses venaient à mal tourner.

Si bien qu'un beau jour, une pauvre fille ou femme d'Athènes, dont le nom m'échappe comme le titre de l'ouvrage où j'ai lu l'anecdote, prit la résolution de venir en aide à ses compatriotes. Comme elle risquait sa tête, elle commença par se couper les cheveux pour dissimuler son sexe, qui fut mieux caché encore quand elle eut revêtu des habits de jeune homme. Ainsi déguisée, elle se mêla aux étudiants en médecine du temps et mena la même vie qu'eux. Le document en question étant muet sur les mœurs des étudiants de cette époque éloignée, je ne sais jusqu'à quel point la jeune Athénienne partagea leur genre de vie, mais cela importe peu, dans l'espèce.

Un jour qu'à l'hôpital une femme était sur le point de devenir mère, l'étudiante voulut s'approcher d'elle pour examiner comment les choses se passaient. A quoi, bien entendu, la femme se refusa. Mais la jeune fille, ouvrant son vêtement, sa tunique, je crois, fit voir à la patiente que son sexe ne différait en rien du sien. Dès lors, celle-ci ne fit plus aucune objection à ses désirs curieux et scientifiques, et la jeune étudiante put observer les diverses phases de l'accouchement, depuis l'alpha jusqu'à l'oméga, c'est-à-dire la délivrance.

Mais ses camarades, étonnés d'abord, jaloux ensuite et furieux du privilège accordé à

surtout aux jeunes et que le temps est proche où le bruit présystolique prendra sa place parmi les erreurs du passé.

Il a une confiance limitée dans la conversion de ceux qui ont depuis longtemps tenu pour la théorie présystolique. Les vieilles traditions sont comme les vieux tissus, elles s'encroûtent.

Dickinson prend des précautions oratoires. Comment résister à l'anathème? De bonnes raisons sont préférables à l'excommunication.

Les raisons de Dickinson ne valent pas. Il ne sépare pas assez le bruit anormal du claquement; on ne sait pas toujours de qui il est question. Les cas ne sont pas indiqués. Les bruits et les mouvements présystoliques ne se présentent pas toujours de même, avec la même certitude; il y en a peut-être de douteux; mais rejeter en masse les bruits présystoliques est imprudent et audacieux. Si Dickinson s'en prenait à de certains cas, la discussion serait possible, mais, d'un trait de plume, espérer supprimer la tradition, c'est trop d'ardeur. Il ne s'agit pas ici de thérapeutique, où l'entraînement et la passion sont d'habitude; on a travaillé à froid, longtemps, obstinément; on a gagné du terrain; le pacte est scellé par tous; l'opposition d'un seul ne suffit pas.

Il ne suffit pas de dire que l'oreillette n'est pas de taille à produire un bruit. Dickinson donne, il est vrai, d'autres raisons.

Son principal argument est que le claquement mitral vient à la fin de la systole et que tout ce qui précède le claquement est systolique et non présystolique; toutefois, il admet le bruit diastolique.

Deux portes sont ouvertes dans une pièce; nous voulons qu'on passe par une des portes; que faisons-nous? Que ferait Dickinson? Il fermerait l'autre porte. Ainsi fait le cœur; pour que le sang passe dans l'aorte, il ferme la mitrale.

Dans l'état normal, la poussée du sang hors du ventricule ne peut se faire que lorsque la mitrale a fermé la porte; aussitôt que le ventricule se contracte, le sang soulève les voiles et les adosse l'une contre l'autre. Toute machine qui agit autrement est vicieuse. Dickinson n'a donc jamais

---

leur camarade par cette femme, allèrent répandre partout le bruit que ledit camarade n'était qu'un suborneur, qu'il se servait de la vue de ses charmes pour amener les femmes à composition et apprendre comment elles accouchaient, à preuve l'exhibition qu'elle avait faite (et à laquelle ils n'avaient assisté que de dos). Bref, ce fut un scandale énorme qui arriva aux oreilles de toutes les dames d'Athènes, puis de leurs maris, et ainsi à celles des magistrats, qui résolurent de sévir contre cet audacieux qui osait ainsi braver les lois. Rien que la mort n'était capable d'expier son forfait.

Calme et modeste comme il convient à une personne ayant la conscience pure, notre étudiante comparut devant l'aropage, le même, ou à peu près, qui plus tard devait juger Phryné.

Le procureur du temps exposa les faits de la cause, et le président demanda à l'accusée si elle n'avait rien à répondre. Comment un jeune homme qui paraissait de bonne famille avait-il pu faire une aussi grave injure aux lois de son pays en allant examiner une femme qui mettait au monde un enfant?

La jeune étudiante fit comme Phryné; c'était probablement un moyen employé habituellement dans l'ancienne Grèce pour se justifier quand on était en butte à des accusations absurdes. Elle ouvrit le vêtement qui la couvrait et montra aux juges ébahis (je ne sais s'ils furent aussi charmés que par la vue de Phryné, l'histoire ne le dit pas non plus; elle est très concise, cette histoire) qu'elle n'avait nullement contrevenu à la loi qui défend aux hommes de visiter les femmes en couche.

Mais le premier moment de stupeur passé, ce fut bien autre chose. « Sans doute,

vu une mitrale fonctionner sous l'eau! Au moindre mouvement, les valves se relèvent et ferment.

Dans l'état pathologique, il en est autrement. Plus les valves sont épaisses et rigides, plus elles se relèvent lentement, plus l'insuffisance se prononce, et, dans ce cas, il peut se produire un bruit avant le claquement. Notons que le souffle de l'insuffisance ne se produit pas toujours au même moment. Si la valvule est suffisamment souple, le trou de l'insuffisance ne se forme que lorsque la valvule s'est relevée; le claquement précède alors le souffle. Si la valvule est comme une planche percée d'un trou, dès que le ventricule se contracte, le sang passe par le trou et souffle.

Dickinson nie que l'oreillette chasse, pendant la présystole, le sang avec assez de force à travers l'orifice mitral pour produire un bruit quelconque. Il ne tient pas compte de l'hypertrophie et de la dilatation de l'oreillette. Nous avons insisté sur la forme particulière du bruit, sur le coup de râpe présystolique, qui diffère du roulement diastolique et du souffle en jet de vapeur systolique. Ce coup de râpe, bref, rapide, est en rapport avec la soudaineté de la contraction auriculaire présystolique; il indique le bon fonctionnement de l'oreillette.

Nous avons autrefois indiqué le claquement présystolique dû à la tension subite de l'entonnoir du rétrécissement mitral.

Dans l'insuffisance aortique, on note parfois un double battement de la pointe, l'un présystolique, l'autre systolique.

Dans la péricardite, comment expliquer le triple frottement autrement que par la succession de la présystole, de la systole et de la diastole?

Enfin, nous avons, pour les cavités droites, des facilités que nous ne trouvons pas à gauche. Les jugulaires nous traduisent les mouvements de l'oreillette droite. Nous voyons le pouls veineux présystolique précéder le pouls carotidien. Nous entendons et nous sentons le claquement veineux précéder le pouls carotidien. A l'aine, nous entendons le claquement veineux précéder le claquement artériel de l'insuffisance aortique; ce que

---

s'écria le procureur, vous n'avez pas contrevenu à la loi qui défend aux hommes de s'approcher des femmes en couches, mais vous avez contrevenu à celle qui interdit aux femmes d'étudier la médecine. Donc, dans un cas comme dans l'autre, vous méritez la mort. »

Et la mort fut votée, sans phrases, à l'unanimité.

C'est ici que l'intelligence du sexe faible éclate dans toute sa beauté. Le sexe faible d'Athènes comprit bien vite que la jeune étudiante, en possession du mystère de Lucine, pouvait être très utile à ses représentantes, le cas échéant. Les Athéniennes formèrent donc aussitôt un Congrès, une réunion, une assemblée, un *meeting*, comme nous disons aujourd'hui, et, après force pourparlers (pensez, une réunion de femmes dans les républiques de ce temps-là, ce que ça devait être!), on nomma une délégation chargée d'aller porter aux magistrats les humbles prières des citoyennes en état de fournir encore des héritiers à leurs maris, des défenseurs à la patrie, etc., etc.

Ces humbles prières demandaient tout uniment l'abrogation de la loi condamnant à la peine de mort les femmes qui étudieraient la médecine, et son remplacement par une autre loi permettant les études médicales aux femmes, en tant que ces études seraient limitées, bien entendu, aux maladies des parties génitales de la femme et à l'acte physiologico-pathologique que l'on appelle obstétricie. Vous voyez que tout cela remonte bien à l'époque où l'on parlait grec.

Après bien des hésitations, dont le but intéressé se comprend, les membres de l'aréopage cédèrent aux prières de ces dames, mais seulement lorsque celles-ci, après de

nous avons appelé le bruit de galop crural. Que Dickinson nous explique le bruit de galop de Potain, qui est indéniable.

Nous sommes d'accord avec Dickinson sur le roulement diastolique comme signe du rétrécissement mitral, ce roulement sur lequel nous avons insisté et qu'on nous a reproché de comparer au roulement du tonnerre. Dickinson sépare avec soin ce roulement diastolique du bruit présystolique ou systolique, comme nous l'avons toujours fait. Beaucoup d'auteurs ont le tort de confondre les deux bruits sous le nom de bruit présystolique. Pour Dickinson, il ne leur reste plus rien; à nous, il reste le bruit diastolique que Dickinson ne touche pas. Il est au moins singulier que Dickinson accepte le bruit diastolique placé sous la seule influence des veines pulmonaires et refuse le bruit présystolique formé par ce courant et, en plus, par la contraction de l'oreillette. Il sent bien cette contradiction et dit qu'on ne tient pas assez compte de l'aspiration du ventricule pendant la diastole.

Dickinson finit son article « en posant trois questions qui décideront en sa faveur, si la réponse est affirmative. Le soulèvement de la paroi pectorale, senti par le doigt, indique-t-il la systole? Le murmure accompagne-t-il le soulèvement? Le battement de la carotide suit-il le murmure sans un intervalle? Si la réponse est affirmative, le murmure est systolique. Sur ce terrain solide, dit Dickinson, je maintiens que le soi-disant murmure présystolique est systolique, et est dû à la régurgitation avant l'occlusion de la mitrale ».

Cette façon de poser les questions à sa guise, où il faut répondre par oui ou par non, n'est pas la meilleure et sent le despotisme autoritaire; ce peut être ni oui ni non; les cas varient : une insuffisance aortique ne ressemble pas à un rétrécissement mitral

Chauveau et Marey ont démontré depuis longtemps, dans leurs tracés cardiographiques, que la présystole se fait sentir à la surface du ventricule. Dans l'insuffisance aortique, on voit et on sent deux battements : l'un présystolique, l'autre systolique. Nous répondrons donc : Non, tout

---

longues conférences publiques et privées, leur eurent démontré surabondamment que tout ce qui était femme devait être étudié par la femme seule et que rien de ce qui était femme ne devait être étranger à la femme.

Depuis, les latins ont interverti cette pensée et ont dit : « *Nihil humani a me alienum puto* ». Mais croyez bien que cela a été dit en grec bien auparavant.

Quoi qu'il en soit, la cause de la jeune étudiante athénienne fut gagnée haut la main, les lois furent changées comme mesdames ses compatriotes le désiraient et, depuis, les accouchements difficiles furent confiés aux soins de sages-femmes expérimentées.

C'est de l'une d'elles que descendit très probablement la célèbre Trotula.

*
* *

J'ai raconté, la semaine dernière, comment M. Dumontpallier avait guéri, ou à peu près, une coxalgie hystérique, dans le service de M. Verneuil, au moyen de la suggestion hypnotique. Peut-être quelques-uns de nos lecteurs ont-ils cru ce résultat exagéré. Mais il est de beaucoup dépassé par un fait que rapporte le docteur Herrero, dans un ouvrage sur l'hypnotisme, et qui est cité dans la *Revista medica di Sevilla* du 30 novembre 1889.

Il s'agissait d'une sourde-muette de naissance, âgée de 17 ans, et parfaitement saine de corps et d'esprit. On lui fit comprendre par signe l'objet du traitement, et elle consentit avec joie à se soumettre à l'expérience. On fit d'abord des séances quotidiennes pendant un mois sans résultat, de sorte que le médecin et les parents étaient découragés; mais la malade conservait toujours sa confiance, et on persévéra dans le traite-

soulèvement de la paroi pectorale n'indique pas la systole ; il y a un soulèvement diastolique dû à la présystole et un soulèvement systolique.

Quant au murmure qui accompagne ou non la systole, il faudrait savoir ce que Dickinson entend par murmure; le coup de râpe diffère du claquement et du roulement que l'on trouve chez des malades différents. Dickinson parle-t-il du mouvement de la pointe ou de celui du corps du ventricute? Il croit être précis, et il ne l'est pas.

Enfin, le battement de la carotide suit le bruit présystolique, quil y ait intervalle ou non. La circulation ne se fait pas à bâtons rompus, tous les mouvements s'enchaînent.

En résumé, Dickinson a appelé de nouveau l'attention sur le bruit présystolique; il aurait pu dire qu'on en abuse; mais, pour le rejeter parmi les vieilles défroques, il faudrait donner de meilleures raisons que celles qu'il allègue. Il aura à lutter.

Hôpital Saint-Antoine.

Sur l'emploi de l'eau de la Bourboule dans un cas de dilatation bronchique.

Observation recueillie à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le docteur LANDRIEUX.

Salle Bichat, lit n° 1, Victor D...., âgé de 44 ans, peintre en bâtiments, entré le 8 juin 1888.

Une forte toux et des accès de dyspnée s'accompagnant d'une grande faiblesse, d'anorexie, d'étourdissements et de vertiges, amènent le malade à l'hôpital.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Son père et sa mère sont morts de causes qu'il ne peut déterminer, ses frères et sœurs sont bien portants.

ANTÉCÉDENTS PARTICULIERS. — A l'âge de 7 ans, le malade a eu un ictère;

A 18, la variole;

A 26, une attaque de rhumatisme articulaire, et, à 39, une seconde attaque.

---

ment encore deux semaines environ. Au bout de ce temps, la mère déclara, avec le plus grand bonheur, que sa fille pouvait entendre un peu et, en effet, celle-ci entendait le tic-tac d'une montre appliquée contre son oreille droite.

Des séances quotidiennes d'hypnotisme furent alors continuées pendant six mois et, au bout de ce temps, l'audition de l'oreille droite fut trouvée normale et celle de l'oreille gauche était très bonne.

L'ouïe étant rétablie, il ne restait plus à la malade qu'à apprendre à parler, ce qu'elle fit de la manière dont on l'apprend aux petits enfants, avec l'aide de l'hypnotisme.

Si quelques-uns de nos lecteurs doutent encore de pareils effets de la suggestion, ils pourront s'en rendre compte par eux-mêmes en les essayant sur les sourds-muets de leur connaissance. Ce n'est pas cela qui manque.

* * *

L'hypnotisme n'est pas la seule chose à la mode qui fasse des siennes. Le téléphone ne pouvait évidemment rester en arrière. On sait d'ailleurs que celui-ci a déjà servi à porter des diagnostics à longue portée. C'est ce qui est encore arrivé dernièrement. Un docteur des environs de New-York est appelé, par une nuit pluvieuse, auprès d'un petit malade atteint du croup. Ne voulant pas s'exposer à être mouillé, le praticien fit porter le sujet devant un téléphone, dit l'histoire, et l'ayant entendu tousser, confirma le diagnostic, et fit instituer, par la même voie, un traitement approprié. Puis il retourna se coucher. Le lendemain matin, il alla voir son malade, qu'il trouva en bon état, mais aux mains d'un autre praticien.

SIMPLISSIME.

Peintre en bâtiments depuis l'âge de 16 ans, il a eu trois attaques de coliques de plomb.

En 1872, c'est-à-dire à l'âge de 28 ans, le malade a eu une hémoptisie, et jusqu'en 1875 il a remarqué que son expectoration était souvent sanguinolente.

De 1875 à 1887, il cesse d'apercevoir des filets de sang dans ses crachats.

Au mois d'août dernier, sueurs nocturnes très abondantes et fièvres vespérales font leur apparition; la toux devient plus fréquente, mais l'expectoration ne contient pas de filets de sang. Sa voix commence à être enrouée. Après deux séjours à l'hôpital et pour les mêmes causes, le malade y revient aujourd'hui.

Du 8 juin au 4 juillet, son état ne varie pas. Le 4 juillet, le malade commence à prendre de l'eau de La Bourboule.

Etat du malade le 4 juillet. — Le malade est très amaigri et très faible; il a souvent des étourdissements et des vertiges; des palpitations de cœur surviennent à la moindre fatigue, au moindre effort. Il a souvent de la céphalalgie.

La toux est très fréquente, sèche, douloureuse, l'expectoration peu abondante; le malade est très oppressé, surtout la nuit. Son enrouement est très prononcé; c'est à peine s'il peut se faire entendre.

Le malade mange peu, son appétit est nul, les aliments le dégoûtent; les digestions sont pénibles. Il n'a cependant pas de vomissements, et ses selles sont normales.

Le visage est pâle, les muqueuses décolorées.

Examen des poumons :

Percussion. — Poumon droit. En avant : sonorité normale. En arrière : matité au sommet; sonorité normale dans les deux tiers inférieurs.

Poumon gauche. En avant : sonorité normale. En arrière : matité dans le tiers supérieur, sonorité normale dans les deux tiers inférieurs.

Auscultation. — En arrière. — Poumon gauche. — Respiration amphorique au sommet. Râles sibilants à la base. Cette respiration amphorique est perçue le long de la colonne vertébrale, dans les deux tiers supérieurs du poumon, avec plus d'intensité qu'au niveau du bord externe du poumon.

Poumon droit. — Respiration sub-amphorique au sommet, difficile à démêler du souffle amphorique qui se passe à gauche.

Râles sibilants à la base avec respiration normale.

Auscultation du cœur. — Claquements secs des valvules de l'orifice aortique.

Le pouls est très fort.

Du 4 au 20 juillet, l'état du malade reste stationnaire.

Du 20 au 25 juillet inclus. — Appétit médiocre; digestion moins laborieuse; pas de diarrhée.

Céphalalgie. — Les maux de tête ont été moins violents; les étourdissements moins nombreux.

La toux et l'oppression ont diminué. L'enrouement reste très prononcé.

Les forces ont légèrement augmenté. L'état général du malade a des tendances à l'amélioration.

Du 7 au 10 août. — Appétit médiocre; digestion bonne; pas de constipation; pas de diarrhée; céphalalgie le matin, et quelques étourdissements.

La toux survient le matin; dans la journée, elle est rare. La nuit, elle réveille encore le malade et l'empêche de reposer. L'expectoration est presque nulle.

L'état général du malade est satisfaisant. Les étourdissements, les vertiges, les palpitations de cœur surviennent moins souvent, quoique le malade se lève une grande partie de la journée. Les forces ont augmenté. Le visage est plus coloré. Le malade ne transpire plus la nuit.

25 août. — Toux et enrouement diminués.

Aujourd'hui, le malade n'a pas eu de céphalalgie le matin, les autres troubles nerveux ont cessé. L'appétit semble augmenté. Forces augmentées.

Du 1er au 4 septembre, l'état du malade reste satisfaisant, la toux est rare et ne survient que le matin; l'expectoration est nulle et l'amaigrissement a fait place à un certain embonpoint.

A l'auscultation, nous trouvons que la respiration se fait mieux et plus librement; elle n'est plus entravée par les râles muqueux et sibilants qui existaient lorsque le malade est entré dans le service.

BIBLIOTHÈQUE

Fibromes utérins, leur traitement par l'électrolyse, par le docteur La Torre (de Rome). Paris, O. Doin, 1889.

L'auteur est absolument partisan du traitement d'Apostoli sur les fibromes utérins. Pour lui, comme pour le promoteur de la méthode, le traitement électrique bien appliqué et longtemps continué produit de grands bénéfices, calme les principaux symptômes et la douleur, assure aux malades un bien être durable qui équivaut à la guérison.

L'auteur regarde l'électrolyse comme beaucoup moins dangereuse que les autres méthodes de traitement chirurgical qu'il passe successivement en revue, en mettant en évidence leurs inconvénients, et pour lui, dans chaque cas de fibrome utérin, il faut expérimenter la galvanocaustique chimique, car avec elle on peut guérir radicalement certaines malades en provoquant l'expulsion spontanée de la tumeur; dans tous les cas, on guérit symptomatiquement en assurant aux patientes un bien être durable. — P. Ch.

Les fractures expérimentales de l'épicondyle étudiées chez l'enfant et chez l'adulte.

M. Gabriel Austric vient de soutenir une thèse sur ce sujet à la Faculté de médecine de Paris. Je relève d'abord une grosse faute — d'impression dans les titres ajoutés à son nom : *ancien prosecteur et lauréat de l'Ecole de médecine de Paris*, en une seule ligne et en caractères semblables. Tout le monde comprendra que M. Austric est ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Paris, de même qu'il en est lauréat. Cependant il y a là une erreur, je veux bien croire qu'il en a été lauréat, puisqu'il le dit, mais il n'en a pas été prosecteur, aussi aurait-il dû dire en deux lignes : *ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Toulouse*, dont il a été l'élève, et *lauréat de l'Ecole de médecine de Paris*, ou plutôt, ce qui est, je crois, la vérité, ancien *prosecteur et lauréat de l'Ecole de médecine de Toulouse*, l'imprimeur s'étant simplement trompé pour le nom de la ville.

Quoi qu'il en soit, on trouvera dans cette thèse d'intéressants détails sur l'anatomie du coude, en particulier sur les bourses séreuses, étudiées à nouveau par M. Poirier, dont M. Austric reproduit les descriptions inédites de nombreuses expériences destinées à montrer la possibilité des fractures de l'épicondyle dont il n'existe qu'un bien petit nombre d'observations cliniques, puisque l'auteur n'a pu en recueillir que sept.

Ces expériences démontrent que, chez l'adulte comme chez l'enfant, la fracture de l'épicondyle est tantôt isolée, tantôt combinée avec celle des parties voisines, bord externe, face antérieure ou condyle de l'humérus. L'arrachement de l'épicondyle paraît impossible chez l'adulte aussi bien que chez l'enfant. (*Th. de Paris*, 20 novembre 1889, nº 13.)

Dr Ph. L.

REVUE DES JOURNAUX

MALADIES DU FOIE.

Ictère dans l'anémie pernicieuse, par Julius Bartels (d'Hildesheim) (*Berlin. Klin. Woch.*, 1889, 43). — Aux 13 cas publiés, et dont l'un lui appartient, l'auteur ajoute le suivant, que l'on doit interpréter comme un ictère hépatogène amené par l'anémie pernicieuse.

Femme née en !887. Hérédité psychique. En 1877, mélancolie qui nécessita un placement en 1878. En février 1888, on remarqua qu'elle devenait anémique et un peu ctérique; langue un peu chargée; à la mitrale, léger souffle diastolique; à l'aorte,

souffle systolique. Urines un peu ictériques, sans sucre, ni albumine; selles colorées par la bile. Plus tard, augmentation de l'ictère, œdème des extrémités inférieures. Au commencement d'avril, on note la couleur cire transparente de la peau. Le sang présente les signes caractéristiques de l'anémie pernicieuse. Mort le 23 avril.

L'autopsie confirme le diagnostic. Il s'est agi ici d'un ictère hématogène et non hépatogène.

L'ictère dans le choléra, par Montefusco (*Centralblatt*, 1889, 16). — L'auteur trouve que, dans la description du symptôme du choléra, l'ictère et l'hyperémie du foie manquent. Ils ont été quelquefois signalés dans le stade de réaction et dans la convalescence, mais jamais dans le stade algide. Montefusco les observa cinq fois sur un peu plus de cent malades. L'examen anatomique montra qu'il y avait non interruption de la sécrétion, mais obstacle à l'écoulement de la bile. Le symptôme doit être rattaché à la polycholie qui accompagne la diarrhée prémonitoire.

Dégénération graisseuse aiguë du foie et principalement des capillaires hépatiques produite par le bacille du typhus et par ses ptomaïnes, par A. Pavone. (*Centralblatt*, 1888, 44). — Chez les cobayes, les lapins, les chiens, le bacille du typhus ou ses ptomaïnes, quel que soit leur mode d'introduction, engendrent une dégénération graisseuse aiguë des capillaires et des cellules du foie, de l'épithélium des voies biliaires. La dégénération est presque toujours plus prononcée dans la paroi des capillaires, ainsi que dans les cellules du foie. Dans ces dernières, le processus commence à la périphérie et s'étend peu à peu jusqu'au noyau. Dans les capillaires, ce sont les environs immédiats des noyaux qui sont d'abords atteints. Les noyaux ne sont frappés qu'ensuite et ils restent souvent intacts, c'est pourquoi la *restitutio ad integrum* est facile. Toujours ce sont les capillaires de la périphérie de l'acinus qui sont d'abord malades.

L'intensité du processus est indépendante du mode d'inoculation, de la nature, de l'âge des cultures; c'est-à-dire que les cultures vivantes, filtrées, stérilisées par la chaleur, sont équivalentes. L'intensité n'est influencée que par la quantité de matière inoculée. Cela montre que toutes les ptomaïnes fournies par le typhus bacillaire sont le principe actif sous l'influenee duquel le protoplasma cellulaire subit la dégénérescence graisseuse.

Pavone voit dans ce processus une élimination des ptomaïnes par le foie, parce que la dégénérescence atteint aussi bien les capillaires que les cellules du foie et les voies biliaires, et que les bacilles se trouvent non seulement dans les capillaires et les cellules glandulaires du foie, mais presque constamment aussi dans la bile. Outre leur action sur le foie, le poison typhique et ses ptomaïnes exercent une influence destructive sur les globules rouges. On ne sait encore jusqu'à quel point ces résultats peuvent s'appliquer à l'homme. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dosage de l'acide urique des urines par l'hypobromite de soude, à chaud, par M. Bayrac. — Parmi les matériaux azotés de l'urine, l'urée, l'acide urique et la créatinine sont seuls décomposés par l'hypobromite de soude et dégagent l'azote de leur molécule incomplètement *à froid*, complètement *à chaud*. Les autres produits azotés, susceptibles *peut-être* de donner une partie de leur azote, se trouvent dans l'urine en quantités négligeables.

Le principe de la méthode consiste à séparer l'acide urique des deux autres produits azotés, au moyen de l'alcool, et à faire agir, sur cet acide ainsi isolé, une solution concentrée d'hypobromite de soude à une température de 90°-100°

On évapore 50 c. c. d'urine au bain-marie; on précipite l'acide urique du résidu par 5 c. c. ou 10 c. c. d'une solution d'acide chlorhydrique au 1/5 et on lave à l'alcool. Ce

dissolvant enlève la créatinine et l'urée et laisse l'acide urique. Ce dernier corps est dissous au bain-marie avec vingt gouttes de soude des savonniers, et traité à 90°-100° par 15 c. c. d'une solution concentrée d'hypobromite de soude.

Le dosage d'acide urique par ce procédé est fait au bout de deux heures *au maximum*. Les résultats obtenus sont absolument semblables à ceux que donne la méthode la plus précise connue.

Conditions qui favorisent le développement du muguet, par MM. G. LINOSSIER et G. ROUX. — L'oxygène libre est absolument indispensable au muguet, qui ne se développe ni dans le vide, ni dans les gaz inertes, et finit même, au bout de plusieurs mois, par y périr.

En ce qui concerne l'influence des substances hydrocarbonées sur la nutrition et le développement de ce même champignon, l'alcool et l'acide lactique ne sont nutritifs qu'à faible dose et deviennent toxiques pour le champignon, quand leur proportion s'accroît dans le milieu de culture. Dans l'albumine, la glycérine, on n'obtient que des récoltes insignifiantes; dans l'acide tartrique et les tartrates, la végétation ne se traduit que par un trouble léger; dans le lactose, l'amidon, l'érythrite, l'acide acétique et les acétates, l'acide oxalique et les oxalates, l'aldéhyde, l'acétone, le phénol, la résorcine, l'hydroquinone, la pyrocatéchine, le pyrogallol, la phloroglucine, l'orcine, l'acide gallique, on n'obtient aucun développement.

Toutes conditions égales d'ailleurs, le muguet fournit dans les milieux légèrement alcalins des récoltes plus abondantes que dans les milieux neutres ou acides. Ce fait, déjà signalé par Kehrer et Kosegarten, semble en contradiction avec les enseignements de la clinique, puisque les alcalins sont généralement employés pour combattre le muguet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 20 février 1890. — Présidence de M. POLAILLON.

Du droit de réponse dans la presse scientifique. — L'article 13 de la loi du 29 juillet 1881 est ainsi conçu :

« Le gérant (d'un journal) sera tenu d'insérer dans les trois jours de leur réception, ou dans le plus prochain numéro, s'il n'en était pas publié avant l'expiration des trois ours, les réponses de toute personne nommée ou désignée dans le journal ou écrit pérodique, sous peine d'une amende de 50 à 500 francs, sans préjudice des autres peines et dommages-intérêts auxquels l'article pourrait donner lieu. — Cette insertion devra être faite à la même place et en mêmes caractères que l'article qui l'aura provoquée. — Elle sera gratuite lorsque les réponses ne dépasseront pas le double de la longueur dudit article. Si elles le dépassaient, le prix d'insertion sera dû pour le surplus seulement. Il sera calculé au prix des annonces judiciaires. »

Un différend s'étant élevé à ce sujet entre deux de nos confrères et ceux-ci ayant porté la question devant notre Société, M. Tisné nous communiqua la consultation suivante, qui lui fut remise par un membre fort distingué du barreau de Paris :

« La première question qui se pose est celle de savoir si le droit de réponse peut être invoqué à l'occasion de discussions scientifiques. L'article 13, en accordant à la personne nommée ou désignée le droit d'exiger l'insertion gratuite d'une réponse double de l'article qui y a donné lieu, sous peine pour le gérant d'être poursuivi et condamné en police correctionnelle, se fonde sur une faute dont ce gérant s'est, aux yeux de la loi, rendu coupable. Or l'auteur qui, ayant une opinion scientifique quelconque, la publie au lieu de la garder pour lui, la soumet à l'appréciation des personnes compétentes et leur donne par conséquent le droit de la discuter. S'ils usent de ce droit en se livrant à une discussion loyale et courtoise, on ne conçoit pas qu'ils aient pu commettre une faute engageant la responsabilité du gérant et il semble dans de telles conditions que celui-ci ne devrait pas encourir l'application de l'article 13. — En dehors de cette condition juridique, il y a une raison pratique qui devrait créer une exception en faveur de la discus-

sion scientifique d'une opinion émise dans un journal. Cette raison est la suivante : Dans une discussion de cette nature, celui qui s'y livre est nécessairement appelé à invoquer l'autorité d'un certain nombre d'auteurs. Ceux-ci seraient fondés à leur tour à exiger, pour chacun d'eux, une réponse gratuite du double de l'article, et, si cette réponse appelle une réplique, chacun peut exiger l'insertion d'une deuxième réponse. La publication du journal se trouvera alors obstruée et les discussions scientifiques, fécondes en résultats, deviendront alors impossibles. — Ce principe présente des inconvénients d'autant plus grands que ce ne sont pas, bien souvent, les savants vraiment dignes de ce nom qui songent à s'en prévaloir sous la menace d'un procès correctionnel, et il ne fait que fournir à des personnes avides de réclame le moyen d'attirer l'attention sur leur nom, sans bourse délier, au grand détriment de la science. Ces considérations ont souvent arrêté les tribunaux auxquels la question qui nous occupe était soumise, mais il est juste de reconnaître que la Cour de cassation, à raison des termes généraux employés par le législateur, a décidé que l'article 13 s'applique à tous les journaux ou écrits périodiques, alors même que les articles incriminés sont ou non littéraires ou scientifiques. La cour suprême n'exige qu'une chose, c'est que le réclamant ait intérêt à faire insérer une réponse. Donc, en principe, nous n'hésitons pas à dire qu'en l'état actuel de notre législation et bien qu'il soit regrettable que la loi n'ait pas fait une exception en faveur des articles littéraires et scientifiques, M. X... a le droit d'exiger dans le plus prochain numéro à paraître l'insertion gratuite de sa réponse. »

Quelle étendue pourra-t-il lui donner? — Si l'on devait appliquer à la lettre l'article 13, il est certain qu'il serait fondé à exiger l'insertion d'une réponse d'une longueur double de celle de l'article tout entier. Mais une pareille prétention serait, suivant nous, contraire à la pensée du législateur, car elle serait contraire au bon sens et à la raison. — La loi part de ce principe qu'il faut, pour la réfutation d'une critique, un espace double de celui qui a été consacré à la critique elle-même. Or, la réponse, pour être gratuite, ne doit pas dépasser en longueur le double de la portion de l'article consacrée à la discussion de l'opinion émise.

De son côté, après discussion, la Société de médecine pratique de Paris a voté à l'unanimité moins 3 voix l'amendement suivant : *La discussion d'une opinion scientifique ou d'un procédé opératoire ne nous paraît pas, si elle est formulée en termes courtois, constituer une personnalité blessante et devoir motiver l'application rigoureuse des sévérités de la loi.*

Le secrétaire général adjoint, Dr G. CROUIGNEAU.

FORMULAIRE

SUPPOSITOIRES CONTRE LE VAGINISME. — De Sinéty.

Bromure de potassium	0 gr. 50 centigr.
Extrait de belladone	0 gr. 30 —
Acide thymique.................	0 gr. 05 —
Beurre de cacao	4 grammes.

F. s. a. un suppositoire recommandé contre le vaginisme. — Simpson préconisait des suppositoires belladonés en forme d'olive, renfermant quelques gouttes de chloroforme. — Tarnier saupoudre d'iodoforme l'orifice vulvaire et les petites lèvres. — Frænkel a employé avec succès des badigeonnages au chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100. — Dans le cas de fissure, Bouchut recommande des suppositoires contenant 3 grammes de ratanhia pour 5 grammes de beurre de cacao. — En cas d'échec, malgré l'emploi de ces moyens, essayer de la dilatation graduelle, puis de la dilatation forcée, sous l'influence du chloroforme. — N. G.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 14 février 1890, un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, a été accordé à :

MM. les docteurs Caussade, à Saint-Médard-de-Guisières; Cocatrix, à Doudeville; Désarménien, à Marcillat; Dodeuil, à Ham; Game, à Perrégaux; Garabuan, à Aubin; Jean Gérard, à Sancey-le-Grand; Joyeux, à Mirecourt; Lucciardi, à Sante-Pietro-de-Tenda; Masson, à Raon-l'Etape.

MM. les officiers de santé Bartoli, à Calvi; Beveraggi, à Belgodère; Hauttement, à Evrecy; Jorry, à Bouilly; Saligue, à Créon.

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

M. Bar, agrégé, est chargé d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes.

— La Société française de tempérance contre l'abus des boissons alcooliques a reçu de de Mme Lunier une somme de 1,000 francs, destinée à récompenser, sous le titre de : *Prix Lunier*, l'auteur du meilleur travail sur la question suivante :

« Quelles sont les conséquences héréditaires de l'alcoolisme et de l'ivrognerie?

« Quels sont les moyens à prendre pour empêcher ces conséquences de se produire, ou pour en atténuer les effets? »

Les candidats devront s'inspirer des travaux de Lunier sur l'alcoolisme.

La Société française de tempérance ne limite pas le champ des recherches et désire que l'étude des moyens propres à prévenir les conséquences de l'alcoolisme et de l'ivrognerie s'étende aux moyens moraux, sociaux, thérapeutiques, etc.

Par exception, les travaux *imprimés* depuis moins de deux ans, au 1er janvier 1890, sont, au même titre que *les manuscrits*, admis à concourir.

Les manuscrits, portant le nom et l'adresse de leur auteur, les ouvrages imprimés, seront adressés, au plus tard le 31 décembre 1890, à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société, à Paris, 161, rue de Charonne.

S'il y a lieu, le prix sera décerné en 1891.

Société protectrice de l'enfance. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, 15, rue de la Sorbonne, le dimanche 2 mars 1890, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. G. Picot, membre de l'Institut.

Ordre du jour : 1. Discours de M. G. Picot, membre de l'Institut. — 2. Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache. — 3. Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Sevestre. — 4. Rapport sur les récompenses accordées aux mères nourrices, par M. E. André.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), **Dyspepsies, etc., etc.**

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Considérations sur les troubles fonctionnels de l'appareil neuro-musculaire gastro-intestinal

Par le docteur MALIBRAN, consultant à Plombières, ancien interne des hôpitaux.

Le tube digestif, en raison de sa structure complexe, est soumis à des influences nerveuses d'origine centrale ou réflexe capables de modifier isolément ou simultanément les divers appareils qui le constituent.

Parmi ces appareils, il en est trois dont les modifications fonctionnelles attirent plus particulièrement l'attention du clinicien. Ce sont : 1° l'appareil neuro-musculaire; — 2° l'appareil neuro-vasculaire; — 3° l'appareil neuro-glandulaire.

Toute anomalie fonctionnelle de l'estomac ou de l'intestin intéresse forcément l'un de ces appareils. Je me suis proposé de passer chacun d'eux en revue en analysant brièvement, mais avec la plus grande précision possible, le mode suivant lequel il peut être troublé. Mais, pour aujourd'hui, je ne veux m'occuper que de l'appareil neuro-musculaire.

I

Les tuniques musculeuses de l'estomac et de l'intestin possèdent une tonicité variable qui (abstraction faite de toute modification de structure) donne au tube digestif son calibre. De plus ces tuniques, en se contractant péristaltiquement, font progresser le contenu du tube de haut en bas. Il faut, par conséquent, distinguer deux propriétés mécaniques des muscles gastro-intestinaux : la propriété tonique et la propriété péristaltique.

Ces deux propriétés peuvent être troublées dans leurs manifestations par excès ou par défaut. Il y a donc à étudier : 1° l'état tonique insuffisant et l'état tonique excessif; — 2° l'état péristaltique insuffisant et l'état péristaltique excessif.

1° *Etat tonique*. L'état tonique insuffisant, c'est l'atonie, caractérisée par le relâchement des muscles et par une augmentation de calibre du tube digestif. L'état tonique excessif, c'est l'hypertonie, c'est-à-dire le spasme tonique ou contracture, amenant au contraire une diminution de calibre.

Atonie et hypertonie sont donc les deux modifications opposées subies par l'état tonique : dans l'atonie, le tube digestif est en résolution, sa portion gastrique est dite dilatée et sa portion intestinale présente une augmentation de diamètre plus ou moins visible. Dans l'hypertonie, au contraire, l'intestin est rétréci et présente l'apparence d'un cordon plus ou moins étroit et dur. (Je ne connais pas d'exemple de contracture gastrique.)

2° *Etat péristaltique.* L'état péristaltique peut également être troublé par excès ou par défaut, suivant que les muscles gastro-intestinaux reçoivent des centres nerveux cérébro-spinaux ou périphériques, — soit directement, soit par voie réflexe, — des iufluences accélératrices ou des actions d'arrêt. Dans le premier cas, il y a hyperkinésie, c'est-à-dire spasmes cloniques ou péristaltisme exagéré, se traduisant habituellement par de la diarrhée. Dans le second cas, il y a akinésie, c'est-à-dire inhibition motrice, péristaltisme amoindri, d'où constipation plus ou moins tenace.

Atonie, hypertonie, akinésie, hyperkinésie, voilà donc quatre termes désignant quatre sortes de troubles fonctionnels distinctes et opposées deux à deux. Chez les malades, on trouve ces anomalies fonctionnelles souvent associées d'une façon complexe, mais cependant de plus en plus faciles à reconnaître avec les progrès de la clinique. Ainsi, deux segments intestinaux juxtaposés peuvent être, l'un atonique et dilaté, l'autre hypertonique et rétréci. De plus, l'un quelconque de ces segments peut avoir sa propriété tonique et sa propriété péristaltique amoindries à l'exclusion l'une de l'autre, et non pas forcément l'une en même temps que l'autre, comme on pourrait être porté à le croire. L'intestin peut donc être atonique sans être pour cela dépourvu de contractions péristaltiques normales, voire excessives ; de même il peut être hypertonique, c'est-à-dire contracté à l'excès, et cependant rester inerte au point de vue de la progression de son contenu. En un mot, il y a dissociation fonctionnelle entre la tonicité et le péristaltisme.

Des exemples feront mieux comprendre ma pensée. Parlons d'abord de la coïncidence de l'atonie et de l'hyperkinésie : un individu dont l'intestin est relâché, c'est-à-dire atonique, peut, au moins de temps en temps, aller régulièrement à la selle. Il peut également avoir des alternatives de diarrhée spasmodique et de constipation opiniâtre. Un péristaltisme normal ou excessif est donc momentanément compatible avec une atonie dont la persistance est révélée par l'exploration abdominale. Voici maintenant un argument relatif à l'estomac : le vomissement est une conséquence bien connue de certaines dilatations atoniques de l'estomac. Or, la vigueur de contraction d'un estomac qui vide avec autant de brusquerie son contenu, malgré un amoindrissement considérable de sa tonicité, prouve absolument la coexistence possible du spasme et de l'atonie. Je dirai en outre que, très souvent, chez les dilatés atoniques, j'ai pu, par l'épreuve du verre d'eau froide déglutie à jeun, me convaincre de la projection rapide du liquide dans le duodénum en partie ou en totalité, sous l'influence d'une contraction énergique de l'estomac. Celui-ci était donc bien contractile, quoique très atonique. Il ne s'agit pas ici des alternatives plus ou moins rapides de spasmes et d'atonie qui ont été signalées autrefois par le professeur G. Sée sous le nom d'atonie spasmodique. Je n'ai pas à rappeler ces faits aujourd'hui bien connus, et j'insiste non pas sur la succession du spasme et de l'atonie, mais bien sur leur coexistence.

J'arrive à l'hypertonie. Elle existe surtout chez les neurasthéniques atteints d'entéroptose. Lorsqu'on interroge ces malades à intestin contracturé, on est rapidement édifié sur leur complète inertie péristaltique, qui est telle que leurs garde-robes ne sont presque jamais spontanées. L'hypertonie et l'akinésie sont ici combinées d'une façon si nette qu'il est superflu d'en développer la démonstration. Ces faits sont d'ailleurs bien connus depuis les travaux de Glénard et de Trastour.

Les modifications de l'état tonique ne s'accompagnent donc pas forcément de modifications de même sens dans l'état péristaltique. Aux preuves cliniques que je viens d'en donner, je pourrais ajouter de nombreuses preuves expérimentales. Je rappellerai seulement la suivante : l'eau froide à 5°, par exemple, produit une contraction tonique persistante, tandis que la chaleur diminue la tonicité musculaire, tout en favorisant et conservant la contractilité rythmique. (G.-H. Roger, art. INTESTIN, in *Dict. encycl.*)

En résumé, les fonctions tonique et péristaltique des muscles gastro-intestinaux peuvent être, vis-à-vis l'une de l'autre, dans une complète indépendance. Cette conclusion, basée sur l'observation rigoureuse des propriétés motrices de l'estomac et de l'intestin, n'était pas encore sortie du domaine de la physiologie pure et n'avait pas été, que je sache, formulée avec cette netteté par aucun clinicien.

Jusqu'ici, en effet, les troubles mécaniques de l'intestin ont été étudiés avec une connaissance insuffisamment précise de leur physiologie pathologique. Ainsi, dans mon récent travail sur l'atonie intestinale, j'ai décrit la paresse de l'intestin suivie de constipation avec ses conséquences les plus éloignées, et cette description était basée sur des cas d'akinésie intestinale, les uns avec atonie, les autres avec hypertonie, d'autres, enfin, avec participation de ces deux états. Mais ces distinctions, je ne faisais alors que les entrevoir et, au lieu de me servir du mot akinésie, seul convenable pour désigner la paresse intestinale, j'ai employé celui d'atonie, en lui donnant, il est vrai, un sens très général. Malgré cette précaution, le mauvais choix du mot atonie m'a empêché de tenir suffisamment compte de l'hypertonie et m'a involontairement fait décrire l'atonie comme inséparable de l'akinésie. Ces dernières restrictions ne m'empêchent cependant pas de maintenir, sauf quelques détails peu importants, toutes les idées émises dans le travail en question.

II

Avant de terminer ce qui a trait aux rapports des muscles gastro-intestinaux avec le système nerveux, je dois insister sur un point faible de ma classification physiologique. Je veux parler de ce que j'ai appelé l'hypertonie. Ce terme forme avec celui d'atonie un contraste d'autant plus heureux que l'opposition paraît également formelle dans les deux états anatomiques considérés et dans les mots qui les désignent. Mais l'expression *hypertonie* est-elle ici vraiment à sa place, et l'idée qu'elle représente est-elle conforme à la réalité des faits? Il est possible que non, et voici pourquoi :

Tout le monde sait que les gaz accumulés dans le tube digestif en écartent plus ou moins violemment les parois; de là une augmentation de calibre par distension qui ne doit être confondue avec aucune forme de dilatation. La disparition des gaz, au contraire, abolit toute tension intra-digestive. Dès lors, rien ne s'opposant plus à la rétraction musculaire, les parois, préalablement distendues, reviennent passivement et brusquement sur elles-mêmes en vertu de leur élasticité, puis se rétractent lentement jusqu'à réduire l'intestin à un faible calibre et jusqu'à rendre l'estomac des jeunes enfants dur, épais, anguleux et presque tubulaire, ainsi que je l'ai vérifié maintes fois et décrit en 18?5. La vacuité gazeuse peut donc être suivie de rétraction. Or, les hypertoniques, auxquels j'ai fait tout à l'heure allusion, sont précisément des malades dont l'intestin est habituellement

vide de gaz. Ce sont les entéroptosiques à ventre rétracté, à intestin dur et funiculaire, si bien décrits par Glénard et Trastour. Il est donc possible, il est même très soutenable que ce que j'ai appelé hypertonie, c'est-à-dire contracture, ne soit que de la rétraction, phénomène purement passif, *ex vacuo*. La preuve décisive ne pouvant être faite en faveur de l'hypertonie ou de la rétraction intestinale, je me suis cependant prononcé en faveur de l'hypertonie, opinion conforme à celle de M. Trastour, pour les raisons suivantes : lorsque l'on considère sur le gros intestin deux segments contigus, dont l'un est dilaté et l'autre rétréci, on explique difficilement la diminution de calibre par une rétraction musculaire due à l'impossibilité du transport des gaz du premier segment intestinal au second, à moins d'une coudure très prononcée. Mais on conçoit, au contraire, fort bien cette étroitesse de calibre en admettant qu'un segment intestinal est relâché par suspension d'activité nerveuse, tandis que le segment voisin est hypertonique par excès de cette même activité. Il est établi, en effet, que des influences nerveuses de sens contraire peuvent s'exercer sur des segments très rapprochés du tube digestif (tumeurs gazeuses, anneaux de contracture). D'ailleurs, la rétraction passive ne suit pas forcément la vacuité gazeuse. L'estomac dilaté, par exemple, ne subit pas de rétraction apparente quand il est vide de gaz; ses parois restent simplement flasques et s'appliquent l'une contre l'autre. En somme, la réduction de calibre observée parfois sur certaines portions d'anses intestinales paraît due à l'hypertonie musculaire, et il est vraisemblable que, suivant la portion considérée, l'intestin est fixé dans l'état d'atonie ou dans l'état d'hypertonie, de même que le cœur s'arrête en diastole ou en systole. Quant à la rétraction musculaire, elle pourrait plutôt être invoquée lorsque la réduction du calibre est générale, uniforme, et explicable par une vacuité prolongée du tube digestif.

Une autre objection pourrait être faite relativement au rôle excessif qu'on peut être tenté d'attribuer à l'inhibition motrice au détriment de l'inhibition sécrétoire. La pauvreté sécrétoire, qui rend la masse stercorale sèche, rugueuse et rebelle à toute mobilisation, peut faire croire à tort à une akinésie dont l'existence peut être discutable. Ici encore il est difficile de se prononcer, et il faut, en pratique, faire une part approximative à l'une ou à l'autre influence pathogénique, car elles paraissent presque toujours associées.

Malgré ces deux objections, relatives l'une à la rétraction capable de simuler l'hypertonie et l'autre à la pauvreté sécrétoire susceptible de faire admettre une akinésie douteuse, l'étude analytique des troubles neuro-musculaires gastro-intestinaux à laquelle je me suis livré ne me paraît pas infructueuse. La classification pathogénique qui en découle fait comprendre le mécanisme de certains phénomènes souvent décrits, mais jusqu'ici vaguement interprétés. Malgré quelques restrictions provisoires, elle me paraît donc devoir être maintenue comme répondant à la réalité des faits.

III

Les considérations physiologiques précédentes seraient dénuées d'intérêt si je ne démontrais immédiatement l'utilisation que peut en faire la clinique. Je vais donner, d'après une expérience personnelle de plusieurs centaines de cas, une description succincte des principales modalités cliniques affectées par les troubles que j'étudie.

1° Je crois que, lorsque l'intestin est atonique, il est habituellement akinésique, mais susceptible cependant d'hyperkinésie intermittente. Dans ces conditions, l'estomac est souvent atonique. Le type de malade qui répond à cette variété de trouble neuro-musculaire est bien connu. C'est le constipé à ventre proéminant, souffrant parfois de débâcles diarrhéiques et présentant souvent une dilatation de l'estomac.

2° Lorsque l'intestin est habituellement hypertonique, il est toujours en même temps akinésique, mais il est susceptible d'hyperkinésie provoquée. Dans ces cas, l'estomac est toujours atonique. Le second type de malade qui se rapporte à cette variété de troubles neuro-musculaires est encore plus caractérisé que le précédent. Il s'agit ici des neurasthéniques à ventre plat et à intestin rétracté, dont la constipation est opiniâtre, mais dont l'intestin peut se contracter avec une énergie aussi considérable qu'inattendue sous l'influence de laxatifs à doses parfois très modérées. Je ne me souviens pas d'en avoir vu qui ne fussent pas dilatés.

Les deux types cliniques précédents, mis en évidence par M. Trastour, sont reliés par de nombreux intermédiaires dont j'ai donné ailleurs une description détaillée. Je n'y insiste donc pas.

3° Si l'on considère exclusivement l'estomac, on voit qu'il est très souvent atonique sans akinésie ou avec akinésie. On voit aussi, mais très rarement, qu'il peut être akinésique tout en ayant une tonicité normale. Enfin, il ne paraît jamais être hypertonique. Dans le premier cas, le plus fréquent, on a affaire à la dilatation atonique commune, tantôt ignorée du malade (atonie sans akinésie), et, par conséquent, compatible avec d'excellentes digestions, tantôt caractérisée par une stagnation prolongée des aliments et par les formations anormales d'un résidu chymeux (atonie avec akinésie); de là, symptômes dyspeptiques plus ou moins tardifs, gastralgie, flatulence, pyrosis, etc. Dans le second cas (tonicité normale et akinésie), le malade peut éprouver les mêmes phénomènes dyspeptiques, mais on ne lui trouve pas la moindre dilatation.

4° Enfin, on pourrait, à côté des types chroniques précédents, créer quelques types aigus caractérisés par l'apparition de spasmes intestinaux violents se traduisant par de la diarrhée passagère, par de la dilatation atonique de l'estomac transitoire, ou encore par le développement simultané ou successif sur divers segments de l'intestin d'actions nerveuses contraires. Il résulte de ce dernier ordre de troubles des phénomènes d'obstruction passagère avec distension douloureuse, révélant par leur évolution rapide et désordonnée la complexité des conditions anatomiques qui les déterminent (anses intestinales distendues au-dessus d'anneaux de contracture, etc.). Ce dernier type répond en partie au tableau symptomatique exposé par Cherchewsky (de Saint-Pétersbourg), en 1884, sous le titre de : *Névroses intestinales*.

Les troubles que je viens de passer en revue peuvent encore se manifester avec des allures bien différentes et dans des conditions très diverses. Je n'en poursuivrai pas l'étude, ayant voulu me borner aux seules considérations qui précèdent et que je résume en disant :

1° Les perturbations fonctionnelles de l'appareil neuro-musculaire gastro-intestinal peuvent intéresser isolément la tonicité et les mouvements de progression.

2° Cette dissociation fonctionnelle étant admise, on peut déterminer facilement la pathogénie de phénomènes cliniques inexplicables sans elle.

3° Les variations de calibre du tube gastro-intestinal (dilatation atonique de l'estomac, atonie et hypertonie intestinale) n'ont qu'une importance secondaire relativement à la stase chymeuse ou stercorale et à la diarrhée spasmodique (akinésie gastrique, akinésie et hyperkinésie intestinale). En d'autres termes, les troubles de la tonicité font courir moins de danger que les troubles du péristaltisme.

4° Les irrigations intestinales d'eau chaude à 42° environ sont, comme je l'ai antérieurement établi, la médication locale de choix dans l'akinésie intestinale avec hypertonie.

Deux variétés d'angiomes de la main

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 août 1889

Par le docteur Polaillon.

J'ai opéré dernièrement, et presque en même temps, deux tumeurs vasculaires de la main, qui représentent les types principaux des angiomes qu'on observe dans cette région L'une de ces tumeurs était formée par un tissu caverneux en connexion avec les veines; l'autre, par un lacis de vaisseaux en connexion avec les artérioles. La première était circonscrite, réductible, sans battements, sans altération des vaisseaux du voisinage; la seconde, circonscrite à son origine, commençait à se diffuser dans les tissus voisins et avait produit une dilatation des artères afférentes. L'une était bénigne et serait restée bénigne; l'autre avait pris rapidement un caractère grave, et son extension aurait pu conduire aux opérations les plus sérieuses. Il s'agissait, dans le premier cas, d'un *angiome veineux* ou d'une *tumeur érectile veineuse*; dans le second, d'un *angiome artériel*, *tumeur érectile artérielle* ou *tumeur cirsoïde*.

I. — Sophie B..., âgée de 24 ans, exerçant la profession de domestique, s'aperçut, il y a six mois, de la présence d'une petite tumeur au niveau de l'éminence thénar de la main gauche. A ce moment, elle avait soulevé de lourds paniers et des fardeaux, ce qui provoqua probablement l'accroissement de la tumeur, invisible jusqu'alors.

La santé de la malade a toujours été excellente. Aucun antécédent morbide dans sa famille.

Depuis six mois, la tumeur a grossi peu à peu jusqu'à atteindre le volume d'une noix. Elle n'a jamais été douloureuse et ne produit que de la gêne daus les fonctions de la main.

Elle est située à la face palmaire du premier espace inter-osseux, un peu au-dessous de l'éminence thénar. Elle est mollasse, presque fluctuante, légèrement réductible. La peau est mobile sur elle et sans changement de coloration. La contraction musculaire ne la modifie pas. En la saisissant entre les doigts, on peut la faire un peu glisser sur les tissus profonds, où elle paraît attachée par des adhérences lâches. Aucune douleur à la pression; aucune douleur spontanée; aucune transparence.

Le diagnostic resta indécis entre un kyste paratendineux à contenu gélatiniforme, un lipome et un angiome. Comme l'opération devait être à peu près la même dans ces trois hypothèses, il me parut inutile de faire une ponction exploratrice pour dissiper mes doutes.

Après avoir endormi la malade par le chloroforme et après avoir appliqué la bande d'Esmarch, je fais une incision qui met à nu la tumeur. Celle-ci a une teinte bleuâtre. Elle est nettement délimitée et enveloppée d'un tissu cellulaire, qui adhère peu aux parties voisines. Il est donc facile de l'énucléer presque sans le secours du bistouri. La bande d'Esmarch est desserrée. Immédiatement la plaie se met à saigner en nappe,

hémorrhagie qui se modère rapidemunt, sans qu'il soit nécessaire d'appliquer des ligatures. Suture avec crins de Florence et pansement de Lister recouvert d'une compression ouatée.

Les suites de cette petite opération furent très simples.

Lorsque le premier pansement fut fait, deux jours après l'opération, la plaie était remplie par un caillot volumineux, qui fut expulsé par expression; puis la plaie fut lavée avec la solution phéniquée au 20e et recouverte de gaze iodoformée.

Deux pansements furent encore nécessaires pour amener la guérison.

La coupe de la petite tumeur montrait un tissu formé de cloisons circonscrivant des aréoles pleines de sang, tissu tout à fait semblable au tissu caverneux de la verge. Il s'agissait évidemment d'un angiome appartenant à la variété des tumeurs érectiles veineuses.

II. — L'autre tumeur était d'une nature toute différente. Au lieu de contenir du sang veineux, elle contenait du sang artériel.

Le nommé D..., âgé de 40 ans environ, exerçant la profession de faïencier, portait depuis son enfance, à l'extrémité du médius droit, un très petit nœvus rouge. Jamais ce nœvus n'avait été l'occasion du moindre accident. Il passait tout à fait inaperçu, tant ses dimensions étaient minimes. Mais, dans ces derniers temps, D..., l'ayant excorié en frottant des faïences avec du grès en poudre, il se mit à saigner et s'étendit en surface. Bientôt de petites élevures, en forme de petits bourgeons charnus, se développèrent, et des douleurs se firent sentir.

D... négligea ces symptômes, continuant à travailler et à irriter la petite tumeur avec la poussière de grès. La tumeur ne fit qu'augmenter rapidement de volume et, lorsque je l'examinai, elle avait acquis les dimensions d'une cerise.

Elle avait une couleur rouge vif. Sa surface était parsemée de petites élevures arrondies, formées par des dilatations vasculaires. L'épiderme s'arrêtait net autour de sa base, et elle ressemblait à une végétation de tissu rouge sur l'extrémité de la pulpe du doigt.

Il était facile de voir que cette tumeur présentait des battements isochrones avec le pouls. En la comprimant, les battements devenaient très perceptibles au toucher. La pression était douloureuse. Enfin la plus petite excoriation produisait un écoulement de sang artériel, difficile à arrêter.

L'aspect du médius était digne de remarque. Il était plus volumineux que son congénère, plus chaud, plus rouge. Au-dessous de la peau, on voyait des lacis veineux partant de la tumeur. Les artères collatérales étaient très dilatées, et donnaient la sensation des pulsations de l'artère radiale.

Lorsque le malade laissait pendre sa main, le gonflement du doigt et de la tumeur augmentait, et il éprouvait une sensation de pesanteur douloureuse dans tout le membre.

A tous ces signes il n'était pas difficile de reconnaître une tumeur cirsoïde, c'est-à-dire une tumeur formée par la dilatation accidentelle d'un réseau de capillaires. La communication facile entre les artères et les veines à travers ces capillaires dilatés produisait, comme on le sait, la dilatation variqueuse des artères afférentes d'une part, et la dilatation des veines efférentes d'autre part. L'activité de la circulation dans ce doigt, entraînait, comme conséquence, son hypertrophie et l'augmentation de sa température.

Le pronostic était sérieux, car les tumeurs cirsoïdes ont une marche envahissante, donnent lieu à des hémorrhagies graves, produisent une phlébartérie sans cesse croissante, troublent la nutrition, l'innervation et les fonctions du membre.

Comme la tumeur à laquelle j'avais affaire était circonscrite, son ablation radicale devait amener une guérison et faire cesser en même temps tous les troubles accessoires.

Le 4 juillet, une bande de caoutchouc ayant été enroulée autour du médius et fixée à sa base pour produire l'ischémie, j'insensibilisai l'extrémité du doigt en injectant sous la peau 3 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne. Puis, avec l'aide du docteur Dumée, je circonscrivis la base de la tumeur par deux incisions courbes, pénétrant profondément. J'enlevai, avec la tumeur, une grande partie de la pulpe du doigt. Trois sutures d'argent furent ensuite placées, et le pansement fut fait avec de la gaze au sublimé. Il n'y eut pas d'hémorrhagie après qu'on eut enlevé la bande de caoutchouc.

La petite plaie se cicatrisa sans suppuration. La dilatation des artères collatérales et les varices des veines sous-cutanées disparurent rapidement. Aujourd'hui l'opéré est radicalement guéri.

L'examen anatomique montra que la tumeur était formée par des amas de vaisseaux tortueux, entourés de tissu conjonctif en voie de prolifération.

L'indication thérapeutique, lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur cirsoïde, est d'en pratiquer l'ablation, si la tumeur est circonscrite. Mais si elle est diffuse, il faut se contenter des injections coagulantes et quelquefois recourir à l'amputation.

REVUE DE RHINOLOGIE

Les névroses réflexes d'origine nasale.

Depuis que la question des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée, comprenant l'asthme, la toux, la migraine, les névralgies sus-orbitaires, a été posée, les opinions les plus diverses se sont fait jour. Pour les uns, ces névroses sont très fréquentes, tandis que pour d'autres, au contraire, elles sont fort rares. Pour fixer les opinions de nos lecteurs sur ce point, nous résumerons un travail très intéressant que vient de publier le docteur Lichtwitz (de Bordeaux) (1).

Hack, qui a, le premier, prouvé l'importance des névroses réflexes d'origine nasale, avait admis qu'elles dépendaient d'un gonflement du tissu sous-muqueux qui donnait naissance aux manifestations nerveuses; il suffirait, pour empêcher ces dernières, de détruire le tissu. Il reconnut aussi que les névroses pouvaient exister sans gonflement, mais avec une hypérémie de la muqueuse due à l'hyperesthésie des fibres sympathiques. L'irritation est souvent favorisée par des causes mécaniques

Frænkel, Schæffer, etc., admirent que les névroses tiennent à un état d'excitabilité exagérée des fibres sensitives et peuvent naître d'un point quelconque de la muqueuse; le gonflement du tissu caverneux serait un symptôme de l'hyperesthésie du trijumeau. Pour Rossbach, Lublinski, une prédisposition nerveuse est nécessaire pour que la maladie se produise, et le traitement général est aussi utile que le traitement local.

Schreiber nie les réflexes nasaux. La tuméfaction des cornets serait accidentelle ou due à la névrose elle-même. L'effet favorable des cautérisations tient à ce qu'elles sont révulsives.

Hack avait décrit, comme symptômes pathognomoniques des névroses nasales, une sécrétion séreuse abondante, des accès d'éternuement, de l'enchifrènement intermittent; ces symptômes pouvant, du reste, manquer. Un bon signe serait la toux provoquée par l'attouchement de la muqueuse par une sonde (Will). Pour Heymann, on peut seulement diagnostiquer la névrose réflexe quand on la provoque par l'attouchement d'une partie de la muqueuse nasale.

Pour M. Lichtwitz, il y a deux catégories d'affections névropathiques qui peuvent être améliorées par des opérations pratiquées dans le nez et le pharynx : 1° les névroses réflexes proprement dites dépendant de lésions nasales ou pharyngées susceptibles d'occasionner une irritation mécanique des fibres sensitives de la muqueuse (corps étrangers, adhérences congénitales ou cicatricielles, polypes, hypertrophies de la cloison, pharyngite granuleuse, etc.). Souvent à une excitation mécanique légère s'ajoute le gonflement du tissu érectile. Très souvent, il y a prédisposition nerveuse. 2° Les névroses d'origine centrale entraînant un état catarrhal, de l'hyperthermie des muqueuses nasale et pharyngée par suite des troubles du centre vaso-moteur et trophique. L'hyperesthésie nasale se voit souvent dans l'hystérie, et l'attouchement de la muqueuse provoque alors une crise. Les hyperesthésies locales chez les névrosiques se rencontrent, comme on le sait, dans un grand nombre de points du corps. Il est aussi bien établi qu'un traitement local dirigé sur les régions hyperesthésiques peut amender les névroses qui en présentent : hystérie, neurasthénie, épilepsie jacksonienne (vésicatoire appliqué

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, 1889, 12.

au siège de l'aura). De même, les névroses qui s'accompagnent d'un état hyperesthésique des muqueuses nasale et pharyngée, sont susceptibles d'être améliorées ou guéries par un traitement révulsif appliqué sur ses muqueuses.

Les cautérisations agissent alors comme les vésicatoires appliqués sur les points apophysaires hyperesthésiques dans les cas de migraine, de névralgie trifaciale, de goître exophthalmique. La guérison momentanée d'une névrose s'explique souvent par l'action seulement momentanée d'un traitement révulsif.

L'auteur a vu un tic convulsif de la face disparaître après chaque cautérisation au thermo-cautère pour revenir ensuite, quoique moins intense; il a observé le même effet dans un cas d'asthme d'origine centrale.

Donc, dans les névroses réflexes vraies, en enlevant la cause locale de l'irritation, on guérit la maladie; dans les névroses d'origine centrale, la cautérisation agit comme révulsif sur les centres nerveux.

Quant aux symptômes, ils sont les mêmes dans les deux formes, puisqu'il s'agit toujours d'une hyperesthésie de la muqueuse de Schneider. Dans les deux formes aussi, la cocaïnisation peut diminuer ou faire cesser pour quelque temps les phénomènes nerveux.

Le pronostic est favorable dans les névroses réflexes vraies et incertain dans celles d'origine centrale.

Paul RODAIS.

BIBLIOTHÈQUE

PRÉCIS D'ÉLECTROTHÉRAPIE, par le docteur LARAT. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

Ce petit livre sera très utile à tous les médecins désireux d'appliquer en connaissance de cause, ce qu'ils ne font pas toujours, les différentes méthodes de l'électrothérapie. Il commence par quelques chapitres de physique nettement exposés, dans lesquels l'auteur rappelle à ceux d'entre nous qui l'ont oublié les principes fondamentaux de l'électricité, absolument nécessaires à bien connaître.

La deuxième partie est consacrée à l'électro-physiologie. Comme le dit M. Gariel dans la préface qu'il a mise en tête du volume, cette partie, quoique n'étant pas très développée, est conçue dans un bon esprit. L'auteur critique, avec raison, certaines hypothèses qui ont été émises et indique d'une manière, un peu rapide il est vrai, quelles explications simples on pourrait leur substituer.

Dans la troisième partie, on trouvera l'électro-diagnostic avec un tableau des réactions électriques dans les principales affections neuro-musculaires, et dans la quatrième, les détails d'applications de l'électrothérapie dans toutes les maladies où elle est utile.

Des index bibliographiques très suffisants permettent au lecteur de compléter ses connaissances sur les points qu'il désirerait étudier spécialement. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 février. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : Traitement des endométrites par le curettage.

A propos du procès-verbal, M. LE DENTU insiste sur ce point que la tumeur dont il a parlé dans la dernière séance et qu'il a enlevée sur une cicatrice était bien un fibrome; la coupe était blanc nacré et montrait des faisceaux un peu mobiles les uns sur les autres. Ce cas n'est pas comparable à ceux que M. Terrillon a cités en 1885, et qui se rapportent à des récidives de tumeur de l'ovaire dans la paroi; dans ces faits, la tumeur forme une masse fongueuse et renferme parfois des kystes; il y a des ganglions

dans les aines, des symptômes de généralisation, etc. Tandis que la survie, s'il s'agit de tumeurs malignes, dépasse rarement deux ans, M. Le Dentu a opéré sa malade six ans après l'ovariotomie et, depuis 1888, elle se porte bien. Enfin, l'examen histologique aurait été fait et les résultats auraient permis d'affirmer qu'il s'agissait d'un fibrome.

M. Verneuil fait remarquer qu'il se développe souvent une chéloïde dans la cicatrice de l'ablation d'une tumeur du sein, mais M. Le Dentu maintient qu'il ne s'agissait pas d'une chéloïde.

— M. Trélat prend la parole dans la discussion sur le traitement des affections utérines par le curettage. Il s'est beaucoup occupé de cette pratique depuis dix ans.

M. Trélat pense qu'en cas de déchirure du col, il ne faut pas recourir de suite à l'opération d'Emmet, mais faire d'abord le curettage, qui peut suffire.

Le sang, les glaires, les douleurs indiquent le curettage, surtout lorsque les douleurs localisées à l'utérus occupent principalement la partie supérieure de l'orifice interne.

La laminaire n'est pas toujours suffisante pour produire la dilatation du col, qui est nécessaire; il faut alors recourir aux bougies de Hegar ou au dilatateur de Busch. M. Trélat emploie trois curettes différentes: deux de Simon et une de Sims, qui, en réalité, a été inventée par lui. Il endort ses malades et emploie soit un écouvillon chargé de glycérine créosotée, soit des lavages intra-utérins. Dans la cavité utérine, il ne faut mettre aucun pansement; on placera simplement de la gaze iodoformée dans le vagin pour laver plus tard le canal avec la solution de bi-iodure. A l'hôpital, M. Trélat laisse ses malades au lit seulement pendant quinze jours; à la ville, il les maintient couchées durant un mois.

Le traitement est excellent et sans dangers, et réussit surtout contre l'endométrite végétante hémorrhagique; quand il y a des déformations utérines, la guérison est plus difficile.

Les insuccès sont dus à des opérations incomplètes, à la réinfection de l'utérus. On peut traiter avec succès les métrites tuberculeuses au début. La métrite blennorrhagique, certaines des métrites qui suivent la ménopause sont particulièrement tenaces. Dans cinq cas, les annexes étaient malades et les malades ont guéri par le curettage; cependant, il y a dans les lésions des annexes une cause d'insuccès.

De l'étude de certains cas qu'il rapporte, M. Trélat conclut que, quand la laparotomie est indiquée pour lésion des annexes, il faut d'abord tenter le curettage. Il peut guérir à lui seul.

M. Routier, de 1886 à 1890, a fait 24 fois le curettage. Il a eu de beaux succès quand il s'agissait de métrites hémorrhagiques et catarrhales et n'a pu qu'améliorer les métrites purulentes. Il a échoué dans 5 cas compliqués de salpingite et considère alors le curettage comme dangereux.

M. Terrillon a fait 63 curettages sans accidents. Il a réussi contre les métrites hémorrhagiques, bien que, dans 3 cas, on ait dû faire une opération secondaire. Les métrites muqueuses, muco-purulentes et fongueuses ont donné 21 succès et 11 améliorations. Les résultats ont été absolument nuls dans 12 métrites compliquées de salpingites. Dans 4 cas où il avait des écoulements sanguins et muco-purulents symptomatiques de sarcomes, l'opération a permis d'éclairer le diagnostic et de faire cesser les pertes de sang; l'écoulement muqueux n'a pas été influencé.

M. Richelot trouve qu'il est inutile de créer le mot de curettage, puisqu'on a déja celui de curage. Pour sa part, il a fait 70 fois l'opération et n'a eu que 17 insuccès. La dilatation doit durer quarante-huit heures ou plus. On doit gratter toute la cavité utérine jusqu'à ce qu'on ne ramène plus aucun débris. M. Richelot ne croit pas que l'on doive gratter le col dans la métrite invétérée, l'opération est alors insuffisante, et il faut l'amputer par la méthode d'Emmet ou celle de Schrœder. Sur 51 curages faits l'année dernière, M. Richelot a fait 32 fois l'amputation du col. Comme pansement, le mieux est de badigeonner la cavité avec la glycérine créosotée, d'y placer ensuite un crayon d'iodoforme, puis de tamponner le vagin; on fera des injections au sublimé vers le cinquième jour. Quand les annexes sont peu malades, le curage peut donner de bons

résultats, mais quand elles sont gravement atteintes, il faut recourir à la laparotomie. Les 17 insuccès qu'a eus M. Richelot étaient des métrites où il y avait des complications tubaires ou ovariennes; plusieurs, auxquelles on a pratiqué depuis l'extirpation des annexes, sont aujourd'hui bien guéries.

A un moment M. Lucas-Championnière disait qu'il faut toujours faire la laparotomie et qu'une femme qui semble souffrir de son utérus souffre d'ailleurs. Actuellement M. Lucas-Championnière a été convaincu par les arguments de M. Bouilly et reconnaît l'utilité du curage judicieusement pratiqué.

On peut dire que le curage utérin est excellent quand il est bien fait et qu'il guérit les métrites simples; les altérations bien nettes des annexes sont une contre-indication formelle.

M. Lucas-Championnière proteste contre une citation de ses paroles qu'il regarde comme tronquée. Il n'est pas ennemi du curettage. Pour lui, tantôt les malades que l'on a à traiter présentent des douleurs très vives, tantôt il n'y a que de la congestion utérine et de l'écoulement. Dans le premier cas, il s'agit toujours d'une maladie des annexes. Bien souvent on fait dans ce sens des erreurs de diagnostic, de sorte que l'on pratique un grand nombre de curettages inutiles. Quelquefois les rétro-déviations utérines peuvent causer des douleurs, mais, le plus souvent, ces douleurs sont dues à la maladie des annexes qui existe en même temps.

— M. Berger montre un malade auquel il a pratiqué une autoplastie par le procédé dit en cravate pour une cicatrice vicieuse de la région cervicale.

M. Delorme montre un malade auquel il a fait la résection de l'extrémité postérieure des quatre premières côtes et des surfaces vertébrales correspondantes.

FORMULAIRE

Traitement de l'ulcère rond de l'estomac. — A. Mathieu.

On donne du lait pur, ou additionné d'une petite quantité d'eau de Vichy ou d'eau de de chaux, que le malade boit froid et par petites quantités à la fois. — Le docteur Debove lave l'estomac pour le débarrasser des matières acides qu'il contient; puis, 3 fois par jour, il administre au malade, à l'aide de la sonde, 25 grammes de poudre de viande délayée dans du lait, et mélangée avec 10 grammes de bicarbonate de soude. Il prescrit en outre 1 litre de lait additionné d'une petite quantité d'eau de chaux. — Les préparations opiacées et surtout l'opium brut, puis les injections hypodermiques de morphine, se montrent efficaces pour calmer la douleur occasionnée par l'ulcère rond. L'eau chloroformée, à la dose de 4 à 5 cuillerées à bouche, pure ou étendue d'une égale quantité d'eau, agit dans le même sens. Deux cuillerées suffisent ordinairement pour faire cesser une crise. — Contre l'hématémèse abondante : la glace, l'immobilité dans le décubitus dorsal, l'extrait d'opium à la dose de 5 à 10 centigrammes, et les injections sous-cutanées d'ergotine. — Pour éviter la perforation, interdire les aliments grossiers, les boissons gazeuses; combattre la constipation à l'aide des lavements glycérinés. — N. G.

COURRIER

MM. les médecins inscrits pour le concours du Bureau central en médecine sont au nombre de 68. Ce sont MM. Achard, Babinski, Barbe, Barbier, Baudoin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Budor, Capitan, Charrin, Cayla, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Galliard, Gallois, Gauchas, de Gennes, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Grattery, Guinon (G.), Guinon (L.), Havage, Hischmann, Jacquet, Jeanselme, Launois, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Liandier, Marfan, Martha, Martin de Gimard,

Mathieu, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Nourric, Œttinger, Pignol, Polguère, Poupon, Queyrat, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Siredey, Thibierge, Thoinot, Widal et Wurtz.

— Par arrêté ministériel en date du 21 février 1890, un concours s'ouvrira, le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1890, un concours s'ouvrira le 20 novembre 1890, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Limoges,

Bureaux de bienfaisance de Paris. — *Médecins.* — Le concours pour la nomination des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris vient de se terminer. Voici les noms des lauréats : MM. Audrerey, Allix, Barbe, Barthès, Barbulée, Bourdel, Burell, Cahn, Cazeau, Carret, Cornet, Charles, Devaucoux, Dufestel, De Pradel, Daprey, Gourichon, Jarry, Hénocque, Le Jaune, E. Laurent, Leflaive, E.-A. Laurent, Mathieu, Morin, Planès, Pellegrin, Pichon, Puech, Thominet, Vissauged, Vinot.

Congrès de la Société allemande de chirurgie. — Nous rappelons que le 19e Congrès de la Société allemande de chirurgie aura lieu du 9 au 12 avril 1890, à Berlin, sous la présidence du professeur E. von Bergmann.

Congrès de balnéologie a Berlin. — Le 12e Congrès de balnéologie commencera le 6 mars et durera trois jours (Institut pharmacologique de l'Université de Berlin).

Congrès médical colonial. — Un Congrès médical colonial est organisé sous les auspices du Ministère de la marine et du sous-secrétaire d'Etat aux colonies. Il aura lieu au mois de mai prochain. C'est à Marseille, dit-on, que se tiendra ce prochain Congrès.

Médecins experts. — Par délibération, en date du 15 février 1890, MM. les docteurs Chipier et Socquet ont été nommés médecins experts près le tribunal de commerce de la Seine.

Conseil général des Facultés de Paris. — Le Conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a tenu séance le lundi 24 février. Le vice-recteur président a d'abord communiqué la correspondance avec les Universités étrangères et fait connaître les mesures prises pour régler et assurer la distribution à ces Universités du premier volume du *Cartulaire* de celle de Paris.

Ensuite, il a donné lecture du décret ministériel qui maintient pour trois ans les pouvoirs de M. Brouardel comme doyen de la Faculté de médecine.

Plusieurs cours libres ont été autorisés près la Faculté de médecine.

Consulté sur le maintien de la *chaire de médecine opératoire* devenue vacante, le Conseil a émis un vœu affirmatif. Diverses communications, faites par les rapporteurs des commissions qui étudient certaines questions pendantes, comme celle de la constitution officielle de l'Université de Paris ou celle de l'équivalence à reconnaître à certains grades étrangers, ont clos la séance.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis — M. le professeur FOURNIER.

De la gale (1).

Messieurs,

Pour terminer l'histoire de la gale, il nous reste à traiter deux chapitres importants : le diagnostic et le traitement.

Quelques mots sur le diagnostic. Il est en général facile et repose sur l'ensemble des symptômes que je vous ai fait connaître dans la dernière leçon. Tout d'abord, ce qui est fort rare, comme vous le savez, la maladie a un signe pathognomonique, le sillon. Il faut toujours commencer par chercher le sillon; qu'on en trouve un seul, cela suffit pour le diagnostic et l'on peut alors affirmer la gale; il faut, du reste, prendre garde de confondre avec le sillon les stries ou les plis cutanés, les égratignures noircies par la poussière. On évitera cette erreur en regardant attentivement et en se souvenant que le sillon n'est pas une simple ligne, mais présente à l'une de ses extrémités une entrée, et, à l'autre, l'éminence acarienne de Bazin. Malheureusement la découverte du sillon est parfois difficile, très difficile même, car il est telles gales où il faut un quart d'heure, une demi-heure, plusieurs heures pour en trouver un seul. Il y a un an, j'ai cherché le sillon sur un galeux à plusieurs reprises pendant plus d'une demi-heure chaque fois et une fois pendant deux heures; de guerre lasse, je menai le malade à M. Laillier, qui finit par trouver un sillon après trois heures et demie de recherches.

Il faut savoir aussi que le sillon peut faire défaut aux mains dans certaines conditions que je vais vous énumérer. Il en est ainsi dans les professions où l'on met souvent les mains à l'eau, chez les blanchisseuses, par exemple; dans celles où l'épiderme est ultra-calleux, comme chez les forgerons, et enfin chez les personnes qui manient les substances chimiques, telles que le plâtre, le ciment et les produits chimiques en général.

Quand le sillon manque à la main, on le cherche à la verge, aux seins, à l'avant-bras, à la partie antérieure du ventre; le médecin doit regarder aussi sur le bord interne du pied et dans toutes les régions où les vêtements sont serrés. Donc, cherchez toujours le sillon, mais n'ayez pas un rigorisme absolu; sa découverte n'est pas indispensable au diagnostic, car il y a de nombreux signes qui suffisent à poser ce dernier en son absence. La démangeaison intense, persistante et à exacerbations nocturnes vous

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 et 27 février 1890.

fournira un indice très utile. Il en sera de même des éruptions, dont deux sont presque pathognomoniques, la miliaire acarienne caractérisée par de petites vésicules herpétiformes des commissures et de la face latérale des doigts; l'ecthyma scabieux des pieds, des mains, des coudes et des fesses. La variole des mains, comme nous avons l'habitude de dire familièrement ici, permet de diagnostiquer hardiment la gale.

Il y a quelque chose de plus significatif encore, c'est l'allure générale de la maladie; la physionomie des éruptions. Elles offrent trois caractères distinctifs :

1° Elles sont disséminées, quelquefois généralisées, et présentent une particularité étrange, l'immunité de la face.

2° Elles ne sont pas uniformes, c'est-à-dire qu'elles affectionnent certains foyers de préférence à d'autres. Ces foyers, je vous le rappelle, sont au nombre de cinq : la main, la verge, la région préaxillaire, les fesses, et enfin, chez la femme, le sein. Quand on voit des éruptions disséminées avoir des foyers de confluence si spéciaux, on peut presque affirmer la gale.

3° Les dermatoses dérivant de la gale sont polymorphes. Rappelez-vous, en effet, qu'on peut voir sur le même galeux des papules de différentes grosseurs, petites, moyennes, volumineuses; des vésicules; des pustules de toutes dimensions, des lésions de grattage, et enfin des dermatoses inflammatoires, telles que la lymphangite et le furoncle. Comparez cette affection polymorphe avec le psoriasis, par exemple; la différence vous sautera aux yeux, puisque ce dernier présente toujours le même élément éruptif, tandis que, dans la gale, les éléments sont nombreux et de divers genres. Les dermatoses galeuses ont donc une physionomie toute spéciale pour un œil un peu exercé.

Voilà, Messieurs, tout une collection de signes qui vous permettront de poser votre diagnostic, même sans la constatation du sillon. Les commémoratifs sont encore très importants ; le malade vous dira généralement qu'il tient sa maladie d'une femme qui se grattait comme lui; de plus, il avouera que sa femme, ses enfants ont été atteints après lui.

Cet ensemble de renseignements permet de dire que la gale a un diagnostic facile. Cependant, Messieurs, la médaille a son revers et il est des cas très difficiles, extrêmement difficiles. Ces cas sont de deux ordres. Tantôt il s'agit d'une gale partielle, discrète; il y a très peu d'éruptions, très peu de sillons; la bénignité des symptômes cause la difficulté du diagnostic. Tantôt le cas est inverse et l'on se trouve en présence de gale profuse, surabondante, compliquée d'eczéma, d'ecthyma. Les complications étouffent, font disparaître même les symptômes de la gale; le sillon est difficile à trouver au milieu da cette surabondance d'éléments, et vous savez, du reste, que, sans que l'on puisse dire pourquoi, il manque souvent dans la gale pustuleuse. En pareil cas, certainement, l'erreur est possible.

Malgré tout, dans les gales les plus classiques, on se trompe encore très souvent; tous les dermatologistes rapportent des cas de fautes de diagnostic plus ou moins grossières. Ils citent des exemples de malades galeux traités par les dépuratifs, l'arsenic, ou encore envoyés à Néris. Uriage, Luchon, etc. Hardy, Kaposi ont rapporté tous deux dans leurs livres que la gale est cause de très nombreuses erreurs. Ces erreurs tiennent parfois à des connaissances dermatologiques peu développées; souvent aussi le

médecin méconnaît la valeur du sillon blanc que je vous ai déjà signalé tout particulièrement; enfin, trop souvent, on croit que, dans la clientèle de ville, la gale ne se rencontre pas. Il existe, en effet, un préjugé d'après lequel il semblerait que c'est une maladie ignoble, crapuleuse, qui ne peut pas atteindre l'élégant, la bourgeoise honnête ou l'irrégulière soigneuse de sa personne. On n'ose pas en soupçonner la présence, on ne la recherche pas, elle passe inaperçue. Cependant il y a une gale des innocents que l'on a sans l'avoir méritée, quand, par exemple, elle est apportée par un conjoint. Rappelez-vous le, toutes les classes y sont sujettes, et elle peut frapper les hommes dans toutes les situations; elle a même franchi, dit-on, la porte des palais impériaux.

J'ai hâte, Messieurs, de vous exposer le traitement de la gale. Si on était en quête d'une maladie pour démontrer que la thérapeutique varie selon les âges, on ne pourrait pas mieux trouver que la gale. Pendant bien longtemps, on l'a traitée par les médicaments internes, par les dépuratifs, tandis que, actuellement, un médecin qui prescrirait l'un de ces remèdes se rendrait ridicule. Il est démontré qu'aucune médication interne, quelle que soit sa composition, n'est capable de faire la moindre chose à la gale, dont le traitement est purement externe. C'est là un fait acquis sur lequel il est inutile d'insister davantage.

Que faut-il pour guérir la gale? Il faut une chose : tuer l'acare; tout moyen réalisant ce but sera un excellent traitement, et jamais le vieil adage n'a dit plus vrai : *Sublata causa, tollitur effectus.* Une infinité de moyens ont été employés pour supprimer l'acare. Il est évident qu'on peut guérir la gale en extrayant un à un tous les animaux contenus dans les sillons; c'est ainsi que, en Corse, on a vu une jeune fille, très habile dans cette recherche, guérir ainsi un certain nombre de ses compagnes. On peut tuer l'acare par des moyens mécaniques; dans les pays très pauvres, les malades pratiquent des frictions vigoureuses avec de la poussière de brique, de la craie pilée ou du sable. Mais ce sont là des pratiques exceptionnelles, et, le plus souvent, on guérit la gale en mettant sur la peau des substances acaricides. Leur nombre est considérable et augmente chaque jour avec les progrès de la chimie. Les principales sont le soufre et ses dérivés, le mercure et tous les sels de mercure, les alcalins et tous leurs dérivés, la chaux, la potasse, les substances végétales telles que la staphysaire, l'ellébore, la clématite; on a encore employé l'huile de cade, le goudron, le styrax, puis enfin l'acide phénique, le naphtol et l'acide oxynaphtoïque. Je n'ai pas la prétention de vous faire ici l'historique complet du traitement; je veux simplement vous exposer ce qui se fait ici, à Saint-Louis, et les pratiques qui ont été adoptées à la suite d'essais nombreux poursuivis avec persévérance, essais qui ont conduit à une véritable révolution thérapeutique. Les anciennes méthodes exigeaient plusieurs semaines, au moins une quinzaine de jours. Bazin est arrivé à abréger beaucoup cette durée, et ses malades ne séjournaient plus à l'hôpital que quatre jours, puis deux jours; enfin, Hardy a fait mieux, il est arrivé à guérir la gale en une heure et demie. Autrefois, de nombreux galeux étaient hospitalisés à Saint-Louis; actuellement, on ne les reçoit plus qu'accidentellement, mais on leur applique le traitement que, dans leur langage imagé, ils appellent « la frotte ».

La frotte dure une heure et demie, que l'on répartit en trois stades d'une

demi-heure chaque; cela est, je vous l'ai dit, tout le temps nécessaire. Dans la première demi-heure, le malade, entièrement nu, est frotté des pieds à la tête, cette dernière exceptée, bien entendu, avec du savon noir. Dans la deuxième demi-heure, le galeux entre dans un bain et continue à se frictionner avec la même substance. Sorti du bain, il emploie la troisième demi-heure à se frotter avec une pommade sulfo-alcaline. Cela fait, le patient se rhabille, les vêtements étant purifiés, puis il rentre chez lui et garde sa pommade jusqu'au lendemain matin. C'est là tout.

La théorie du traitement est facile à établir : ses deux premiers actes sont destinés à ramollir le sillon et à l'ouvrir, car, si on étalait l'acaricide sur le sillon fermé, le parasite ne serait pas atteint. Dans le troisième stade, on met en contact avec l'acare quelque chose qui le tue.

Les résultats de cette méthode sont admirables, quand on ne l'applique qu'aux cas auxquels elle convient. C'est elle qui, dans cet hôpital, guérit chaque année plusieurs milliers de galeux.

Cependant, il y a un seulement, et même un gros seulement; le traitement est dur, pénible, brutal et assez douloureux; de plus, on peut lui reprocher d'exciter et d'enflammer la peau et de produire à sa suite des éruptions eczémateuses parfois très persistantes; je pense donc que l'on doit proposer quelques améliorations.

D'abord, pourquoi se servir du savon noir, qui est très irritant? Pour une raison bien simple, parce qu'il ne coûte pas cher; cette raison n'existant pas en ville, vous aurez soin de vous servir de savon ordinaire, ou même de poudre de savon.

On employait, pour la frotte, la pommade d'Helmerich, composée de soufre, d'axonge et de carbonate de potasse. Cette pommade est beaucoup trop irritante; aussi Hardy l'a-t-il modifiée de la façon suivante :

Axonge....................	100 grammes.	
Soufre....................	10 —	(au lieu de 25).
Sous-carbonate de potasse...	8 —	

Même ainsi composée la pommade est trop forte, et il faudrait diminuer les substances irritantes qu'elle contient.

Pour la ville, on se servira de la solution suivante, due à Bourguignon :

Glycérine..............................	200 grammes.
Gomme adragante........................	1 gramme.
Fleur de soufre........................	100 grammes.
Sous-carbonate de potasse..............	35 —
Huile de lavande......................	ãã 1 gr. 50 centig.
Huile de menthe.......................	
Huile de caryophyllée.................	
Huile de cinnamome....................	

A Saint-Louis, on a l'habitude, quand un malade s'est frotté, de lui faire conserver sa pommade jusqu'au lendemain. C'est là une faute; la friction d'une demi-heure suffit pour tuer les acares, et, une fois qu'elle est faite, je préfère prescrire au malade de rentrer dans son bain et, quand il en sort, de se couvrir de poudre d'amidon; j'évite ainsi beaucoup des eczémas consécutifs au traitement. Quand le malade est guéri, il faut que ses vêtements soient débarrassés des acares; si, en effet, il se sert des mêmes draps, du même linge, il contractera de nouveau la maladie. Le séjour des

vêtements dans une étuve à 100° suffit pour tuer tous les parasites qui peuvent s'y trouver. Enfin, il faut avoir grand soin de brûler les gants.

Je sais, Messieurs, que, malgré ces modifications, le traitement de Saint-Louis est en butte aux critiques d'un certain nombre de médecins, surtout de ceux qui exercent au-delà du Rhin. En Allemagne et en Autriche, on traite la gale lentement. Kaposi guérit ses malades hommes en trois à cinq jours et ses malades femmes en cinq à sept jours. Il n'emploie pas les frictions, ni les bains préalables, et débute par l'application de la pommade soufrée; les patients font, avec elle, deux ou trois frictions et restent enveloppés dans des vêtements ou des couvertures de laine sans se nettoyer. Le traitement est ensuite continué par l'emploi du naphtol :

Naphtol β	15	grammes.
Savon noir	50	—
Craie	10	—
Axonge	100	—

On n'enlève pas non plus cette préparation jusqu'à la guérison complète, qui survient après une à deux semaines.

Faut-il donc abandonner le traitement rapide? Non, Messieurs, et je considérerais comme une lourde faute de revenir systématiquement à la méthode lente. Il y a à cela deux raisons : la première est qu'en dépit de toutes les objections, le traitement de Saint-Louis, depuis trente-huit ans qu'il est appliqué, est d'une utilité incontestable pour la population parisienne. La seconde est que ce serait charger d'une façon considérable le budget de l'Assistance publique que d'hospitaliser de nouveau tous les galeux et que ces derniers, dans ce cas, seraient contraints d'abandonner leurs occupations et risqueraient de perdre la place qui les fait vivre eux, et leur famille.

Contentons-nous donc, Messieurs, de réformer quelques détails du traitement et de l'améliorer, comme j'ai essayé de le faire, et recherchons maintenant à quels cas il convient et quels sont ceux, au contraire, dans lesquels il faut recourir à une autre pratique.

Voici, à ce point de vue, ce que nous a appris l'expérience. La frotte est mauvaise dans deux conditions : 1° Pour les adultes, toutes les fois qu'il y a une grande inflammation de la peau avec eczémas, lymphangites, furoncles très développés. Dans ces cas, en effet, la méthode est d'une application très douloureuse et augmente les accidents inflammatoires déjà existants, ou en provoque de nouveaux.

2° Le traitement rapide est mauvais pour les enfants, surtout lorsqu'ils sont très jeunes, encore à la mamelle. Il provoque chez eux, des dermites eczémateuses profuses, irrite leur système nerveux et peut déterminer des crises de convulsions.

Il faut réserver la frotte aux cas où les éruptions galeuses ne sont pas trop intenses, où il n'y a pas trop d'inflammation de la peau, où, en somme, la gale offre les symptômes les plus ordinaires. C'est dire que le traitement de Saint-Louis convient au quatre-cinquièmes des galeux. Que faut-il faire lorsque, au contraire, la maladie s'accompagne d'éruptions très developpées? Tout uniment combattre d'abord l'inflammation de la peau, à l'aide des bains émollients, de cataplasmes de fécule, de l'enveloppement au caoutchouc, des pansements au liniment oléo-calcaire. Après quelques

jours, la gale a repris sa physionomie ordinaire et l'on peut recourir à la frotte.

Pour l'enfant, il faut user de grands ménagements : on donnera d'abord des bains et l'on employera les mêmes moyens que ci-dessus pour combattre les phénomènes inflammatoires ; puis on fera quelques frictions savonneuses, suivies de bains, pour ouvrir le sillon; enfin, après trois ou quatre jours, on fera deux onctions (une le matin et une le soir) avec la pommade suivante :

Styrax	2 parties.
Huile d'olive	1 partie.

Ce traitement est bien toléré et la guérison survient rapidement.

Je dois encore vous exposer, Messieurs, le traitement secondaire de la gale. Quand la frotte est faite, le malade n'est pas guéri; il en sort rouge, scarlatineux, la peau excoriée, souffrant beaucoup, et, s'il n'a plus d'acares, il a encore les éruptions scabieuses. On combatira ces dernières, ainsi que les phénomènes inflammatoires qui le font souffrir plus qu'avant, par des bains prolongés et l'emploi *larga manu* de la poudre d'amidon; chaque soir, on fera des onctions sur tout le corps avec le glycérolé d'amidon. En quelques jours la sédation survient et les éruptions guérissent.

La gale a quelquefois des accidents consécutifs, dont deux surtout sont fréquents. Le plus remarquable est le prurit post-scabieux; les malades souffrent autant qu'avant le traitement et croient qu'ils ne sont pas guéris; cependant, en les examinant avec le plus grand soin, on ne trouve que des vestiges d'eczéma, et il est impossible de découvrir le moindre sillon. C'est là une névralgie prurigineuse spéciale, dangereuse, en ce sens que les malades croient souvent devoir recourir à une deuxième frotte, et ne font ainsi qu'augmenter leurs souffrances. En moyenne, le prurit post-scabieux dure plusieurs semaines, quelquefois jusque trois mois.

Le deuxième accident consécutif, dont il me faut vous entretenir, est l'eczéma post-scabieux. A la suite de la gale, même convenablement traitée, il se développe parfois un eczéma qui peut être très persistant et très rebelle. La variété qu'on a l'occasion d'observer le plus souvent est l'eczéma du sein chez la femme.

Enfin, il faut le reconnaître, le traitement n'est pas infaillible; il échoue quelquefois. Ces échecs réels ne dépassent pas la proportion de 1 sur 70 traitements d'après les relevés de Hardy. Peut-être y a-t-il un sillon non rompu, peut-être quelques œufs restent-ils intacts. Il suffit naturellement, dans ces cas, de traiter de nouveau.

En somme, Messieurs, dans la gale, la guérison est constante, forcée, si le traitement est appliqué méthodiquement, suivant les conseils que je vous ai donnés.

BIBLIOTHÈQUE

DE L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS D'HYDRASTIS CANADENSIS, par A. CABANÈS, thèse inaug., Paris 1889. — Ollier-Henry, éditeur.

Conclusions :

I. — Les préparations d'*hydrastis canadensis* que les Américains ont, depuis longtemps, admises dans leur Pharmacopée, méritent de prendre rang dans la thérapeutique des hémorrhagies utérines, et de certaines affections des voies digestives.

II. — La racine est la seule partie de la plante employée en médecine. Elle contient du sucre, de l'albumine, de la matière extractive, de la matière grasse, une huile volatile et trois alcaloïdes; l'hydrastine, la berbérine et la xanthopuccine.

III. — Les préparations que l'on peut recommander sont : l'extrait fluide d'*hydrastis*, que l'on doit administrer à la dose de 60 à 80 gouttes par jour, par doses de 20 gouttes, la teinture alcoolique, à 20 p. 100, la décoction de racine à 60 p. 100.

IV. — Au point de vue physiologique, l'*hydrastis canadensis* est un vaso-constricteur. A doses moyennes, il paralyse les centres vaso-moteurs et diminue la pression sanguine. L'extrait aqueux de la plante, pris même en grande quantité, n'est pas toxique.

V. — L'extrait d'*hydrastis* provoque des contractions des vaisseaux de l'utérus, ce qui explique son action hémostatique.

VI. — C'est un médicament qui, sans justifier l'engouement dont il a eté l'objet à l'étranger, peut rendre de réels services dans les hémorrhagies utérines (métrorrhagies, ménorrhagies, hémorrhagies liées à des fibro-myomes), les congestions utéro-ovariennes, et la dysménorrhée.

Dans ces divers cas, on doit l'administrer pendant la période intermenstruelle.

VII. — Sous son influence, certaines dyspepsies (dyspepsies des femmes, dyspepsies diathésiques, dyspepsies alcooliques) sont très heureusement améliorées.

VIII. — Il n'exerce aucune action sur l'évolution des fibro-myomes.

IX. — Les alcaloïdes de l'*hydrastis* et leurs sels ont encore été trop peu étudiés pour qu'on préconise leur emploi.

REVUE DES JOURNAUX

Le traitement de la coqueluche en Espagne (Congrès scientifique de Barcelone). — Différentes communications ont été faites sur ce sujet. Le docteur Juan Vinra y Carreras préconise les attouchements de la muqueuse du pharynx et du vestibule du larynx avec une solution de résorcine à 1/70. Il donne en même temps des doses assez élevées d'hydrate de chloral, médication adjuvante dirigée contre l'excitabilité des nerfs laryngés supérieurs.

Le docteur Jaime Guerra y Estapé est aussi partisan de l'emploi local en badigeonnages de la résorcine; sa solution est à 10 p. 100 et il l'applique toutes les trois heures. Une fois les quintes disparues, il traite la toux non convulsive par les balsamiques.

Le docteur Calatreveno emploie la belladone, les inhalations de benzoate de soude et les insufflations nasales d'une poudre de café torréfié et de sulfate de quinine mélangés. Il joint à ce traitement l'antipyrine à la dose de 1, 2, 3 centigr., etc., autant que le malade a de mois. — P. N.

Les bactéries du coryza aigu et chronique, et de l'ozène et leurs rapports avec ces maladies, par Hajek (Vienne). (*Journal of laryngol.*, oct. 1888, et *Annales des mal. de l'oreille*, 1889, 12.) — Le coryza aigu s'accompagne souvent de la présence de bacilles parmi lesquels le streptococcus pyogenes et le staphylococcus pyogenes aureus. Dans l'ozène, le coccus de Friedlander existe quelquefois, tandis que le bacille fétide est constant et spécifique. Cultivé, ce dernier donne l'odeur spéciale de l'ozène.

Hajek donne, comme cause à la maladie, le dessèchement des sécrétions nasales formant des croûtes qui se putréfient. — P. N.

Affections douloureuses de la gorge d'origine goutteuse, par Allen Harrison. (*Philad. med. New* et *Ann. des mal. de l'oreille*, 1889, 12.). — L'auteur, après une revue générale, étudie cinq cas d'affections douloureuses de la gorge survenues chez des goutteux, alternant avec des accès de goutte ordinaire et survenant à l'occasion d'un catarrhe des fosses nasales ou du pharynx, ou bien encore à la suite d'excès de régime.

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un travail sur la lèpre et le pian à Trinidad, par M. le docteur Lacay;

2° Une lettre de M. le docteur Vergely (de Bordeaux) qui se porte candidat au titre de correspondant national;

3° Un mémoire sur l'épidémie de grippe parmi la garnison de Langres, par MM. Baudouin et Klein (médecins-majors);

4° Une note sur l'éducation de la vue et de l'ouïe pendant l'enfance, par le docteur Ratier;

5° Des rapports de MM. les docteurs Denizet et Planquet sur le service de protection des enfants du premier âge.

— MM. HENROT et VILLARD sont élus correspondants nationaux.

— M. BERTRAND attire l'attention sur l'existence du *frottement péritonéal* superficiel dans les abcès du foie. Ce frottement se produit quand la collection arrive à la surface de la glande et est perceptible à la main et à l'oreille; le siège de ce signe se trouve au niveau du septième ou du huitième espace, sur la ligne axillaire antérieure. Ce signe précieux, signalé pour la première fois par Sachs (du Caire), indique la présence certaine d'adhérences; c'est au point où il se produit que survient l'œdème de la paroi, et c'est là que l'on fait la ponction exploratrice. Il faut consulter, chez les individus où l'on soupçonne l'abcès du foie, non seulement l'appareil respiratoire, mais encore le péritoine.

— M. MOISSAN fait une communication sur les *propriétés anesthésiques du fluorure d'éthyle et de méthyle.*

Le fluorure d'éthyle n'est pas à employer, la zone maniable est trop peu étendue et les accidents toxiques surviennent rapidement. Le fluorure de méthyle produit une anesthésie facile, sans période d'excitation; elle est comparable à celle obtenue à l'aide du chlorure de méthyle par MM. Regnauld et Villejean. Le fluoroforme donne aussi de bons résultats.

M. LABORDE compare l'*action des iodures de potassium et de sodium.* Actuellement, on tend à remplacer le chlorate de potasse par le chlorate de soude, l'iodure de potassium par celui de sodium. C'est là une grave erreur comparable à celle qui a fait un moment essayer, dans la syphilis, le bromure à la place de l'iodure, substitution qui a été cause de graves accidents, ainsi que M. Laborde a pu s'en convaincre en expérimentant sur lui-même. Les mêmes considérations sont applicables aux différents principes que l'on tire des végétaux, du quinquina, par exemple, et que l'on ne peut substituer les uns aux autres.

On ne peut remplacer le chlorate de potasse par le chlorate de soude, plus soluble, car 3 à 4 grammes de chlorate de potasse déterminent, chez le chien, des phénomènes d'asphyxie qui n'apparaissent pas avec 10 grammes de chlorate de soude; ce dernier ne dissout pas les fausses membranes, tandis que le premier le fait facilement.

MM. G. Sée et Lapicque ont montré que l'iodure de potassium agit sur le système nerveux central, tandis que l'iodure de sodium n'a pas d'action sur ce système.

M. Laborde, en expérimentant sur le cobaye et les grenouilles, a constaté que l'iodure de potassium n'a pas d'action sur le muscle cardiaque, non plus que sur la contractilité d'aucun muscle. On arrive à ce résultat en examinant la contractilité des muscles après le passage du médicament dans le sang. C'est par l'intermédiaire du système nerveux qu'il y a une action sur le cœur.

L'iodure de potassium augmente la tension sanguine, qui monte à 1, 2, 3 centimètres

de mercure probablement par la tétanisation des petits vaisseaux; l'iodure de sodium n'a pas la même action.

L'expérimentation doit guider le thérapeute, et il ne faut pas substituer, dans le traitement des maladies du cœur, l'iodure de sodium à celui de potassium.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1890. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

SOMMAIRE : *Les idées de persécution dans le goître exophthalmique: — Du délire partiel dans la fièvre typhoïde. — Sur l'induration chronique des veines périphériques.*

M. G. BALLET rappelle qu'on a observé déjà, depuis bon nombre d'années, des désordres intellectuels dans le goître exophthalmique (le plus souvent accès maniaques, quelquefois état de dépression). Lui-même a insisté à plusieurs reprises sur diverses manifestations nerveuses qui accompagnent cette maladie : l'ophthalmoplégie externe, la polyurie simple et la glycosurie, certaines crises épileptiformes ressortissent directement au goître; au contraire, les paralysies des membres, les véritables crises épileptiques, divers autres troubles de la sensibilité et de la motricité dépendent de l'hystérie, de la chorée, du mal comitial, névroses associées à la maladie de Basedow; enfin, on peut encore voir le tabès s'y associer.

M. Ballet a constaté, chez un malade qu'il présente à la Société, outre les manifestations caractéristiques du goître, des paralysies multiples des nerfs moteurs bulbaires et une hystérie très nette. Mais, en outre, ce malade est atteint d'une forme particulière de délire de persécution. Il est d'une méfiance extrême, et, croyant que tout le monde lui en veut, fait d'incessantes pérégrinations. Il a même choisi particulièrement ses persécuteurs, et accuse surtout son père, le professeur Debove et M. Ballet lui-même, par lesquels il a été soigné à diverses reprises. Il a même été conduit, par ses idées délirantes, à une tentative d'homicide sur son père et de suicide.

Chez lui, des hallucinations ont été le point de départ des idées de persécution : hallucinations visuelles et auditives, plusieurs fois même olfactives. Les rêves ont contribué aussi à favoriser l'éclosion des idées de persécution, comme cela est fréquent chez les aliénés.

M. Ballet se demande si les désordres intellectuels de ce malade sont un vrai délire de persécution (psychose systématique chronique progressive), et il élimine cette hypothèse, parce que, dans le délire vrai, on n'observe guère que des hallucinations auditives; ici, les hallucinations visuelles prédominent.

Rien n'autorise à admettre un délire alcoolique ou un autre délire toxique.

Chez ce malade, les hallucinations ont bien les caractères des hallucinations hystériques : multiplicité, mobilité, prédominance du côté de la vue, zoopsie (il voit des animaux féroces et colorés). Mais l'hystérie n'est pas seule en cause; si elle produit fréquemment les hallucinations visuelles, même terrifiantes, elle n'engendre que par exception très rare les idées de persécution. L'hallucination, pour aboutir à l'idée de persécution, a besoin d'un élément secondaire, qui est probablement l'état d'esprit bizarre, fantasque, peu accommodant de tous ou presque tous les exophthalmiques.

En résumé, M. Ballet admet que la maladie de Basedow ne peut, à elle seule, aboutir à la constitution des idées de persécution (avec leurs conséquences possibles : homicide, suicide), il lui faut le concours de l'hystérie. Celle-ci crée l'hallucination, à l'aide de laquelle le goître exophthalmique réalise les idées de persécution.

— M. BARRIÉ communique un certain nombre d'observations sur lesquelles il s'appuie pour conclure que, si le plus habituellement le délire symptomatique au début ou dans le cours de la fièvre typhoïde est généralisé, vague, incohérent, il peut quelquefois revêtir la forme d'un délire systématisé, véritable délire partiel.

C'est surtout pendant la période d'état qu'il se manifeste, tantôt avec les caractères du délire de persécution, tantôt avec ceux de la folie religieuse.

Il s'est montré principalement chez les femmes; dans deux cas seulement existaient des antécédents nerveux héréditaires.

Ce délire est lié à l'état fébrile, naît et diparaît avec lui, mais n'est nullement proportionné aux élévations thermiques.

Le délire de persécution typhoïde offre le tableau clinique du délire de persécution apyrétique, chronique d'emblée, mais le pronostic est favorable : 7 fois sur 7 cas M. Barrié a observé la guérison.

Les difficulté du diagnostic, presque nulles quand le délire de persécution apparaît au cours de la dothiénentérie, sont extrêmes quand il se montre au début; la confusion est souvent faite avec la méningite aiguë ou tuberculeuse, ou avec le délire aigu essentiel des aliénistes.

La folie religieuse est d'un pronostic plus grave que le délire de persécution : sur 2 cas, M. Barrié a vu une guérison et un passage à la démence chronique.

Le médicament de ces délires est l'opium à haute dose.

— M. Duponchel (du Val-de-Grâce) présente un malade chez lequel on constate une induration de certaines veines périphériques qui roulent sous le doigt comme les artères athéromateuses. C'est un état chronique sur lequel se greffent des poussées aiguës. Les veines céphaliques, saphènes, basiliques, brachiales, sont le siège de cette lésion qui donne tantôt la sensation d'un cordon dur et résistant, tantôt celle d'un tuyau de pipe.

M. Duponchel a observé, depuis 1881, des faits analogues : chez certains soldats, l'induration des veines saphènes internes s'accompagnait de douleurs des membres inférieurs, s'accentuant par la marche et l'équitation. Les malades ayant ces lésions veineuses ne présentaient ni varices ni hémorrhoïdes; ils n'avaient ni œdème des extrémités, ni réaction générale même au cours des poussées subaiguës; une seule fois il y avait de la cyanose des extrémités.

M. Duponchel ne peut admettre qu'il y ait, chez ces individus, de l'endophlébite, puisqu'il n'y a pas d'obturation du canal veineux; peut-être est-ce de la périphlébite ou un processus comparable à celui de l'athérome artériel.

Deux fois seulement M. Duponchel a noté l'arthritisme dans les antécédents; un malade analogue présenté par M. Bitot, interne des hôpitaux de Bordeaux, à la Société d'anatomie de cette ville, comptait dans son passé la syphilis, l'impaludisme et l'alcoolisme.

Pratiquement. il importe au médecin militaire de connaître et de rechercher l'induration chronique des veines chez des hommes qui se plaignent de douleurs vagues inexplicables et qu'on incline à accuser de simulation. Exercices, marches, équitation, provoquent des douleurs réelles chez les individus ayant cette lésion veineuse.

M. Letulle a observé un cas semblable chez un phthisique.

M. Hayem l'a vu maintes fois à la fin des cachexies, mais alors sans aucune douleur, et il l'a attribué à un retrait des vaisseaux par diminution de tension. Mais le malade présenté par M. Duponchel est d'ailleurs en pleine santé. La lésion est probablement une périphlébite diffuse. — P. L. G.

FORMULAIRE

Pommade contre la névralgie lombo-abdominale.

Acide salicylique	10	grammes.
Camphre pulvérisé avec l'éther	6	—
Vaseline	45	—

F. s. a. — Avec gros comme une noix de cette pommade, on pratique des onctions douces et prolongées sur la région lombo-sacrée, matin et soir, pour combattre la névralgie liée aux affections utérines chez les rhumatisantes. — Après la friction, on applique sur la région douloureuse un morceau de flanelle recouvert de toile gommée. N. G.

COURRIER

Société protectrice de l'enfance. — La Société protectrice de l'enfance a tenu à la Sorbonne son assemblée générale annuelle sous la présidence de M. G. Picot, membre de l'Institut, auprès de qui siégeaient MM. Gréard, vice-recteur de l'Université ; Roussel, sénateur ; Marbeau, le fondateur des crèches, le docteur Bergeron et le docteur Marjolin, président de l'œuvre. Après le discours de M. Picot, M. le docteur Blache, secrétaire général, a présenté le compte rendu moral et financier de l'Association. Le rapport constate que, depuis sa fondation, la Société a distribué près de six cent mille francs en secours et récompenses ; le total des familles secourues est de quinze cent seize. On a procédé ensuite à la distribution des récompenses accordées aux médecins-inspecteurs et aux mères-nourrices, celles-ci, au nombre de quarante-sept, présentes à la réunion avec un nombre respectable de nourrissons dont les cris et les vagissements n'étaient couverts que par la musique du 105e de ligne, qui prêtait son concours à la cérémonie.

— Par décret, en date du 27 février 1890, M. Emile Yungfleisch, professeur de chimie organique à l'Ecole de pharmacie de Paris, a été nommé professeur de chimie générale dans ses rapports avec l'industrie, au Conservatoire des arts et métiers, en remplacement de M. Peligot, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Par décision ministérielle, en date du 25 février 1890, il a été accordé une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Frontgous, médecin à bord du *Natal*, pour le dévouement dont il a fait preuve pendant le typhon qui a assailli le *Natal*, le 1er novembre 1889, dans sa traversée de Hong-Kong à Saïgon.

Faculté de médecine de Paris. — M. Rondeau, préparateur des travaux pratiques de physiologie, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, chef adjoint desdits travaux.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Pic est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, préparateur du laboratoire de médecine opératoire, en remplacement de M. Pollosson, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. le docteur Trépaut esr institué chef de clinique médicale en remplacement de M. Décamp, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Limoges. — Un congé sans traitement, du 1er février au 28 juillet 1890, est accordé, sur sa demande, à M. Guillaumet, suppléant.

— Le samedi 22 février a eu lieu la séance générale annuelle de la *Société pour la propagation de la crémation*, présidée par M. Bourneville, qui s'est félicité des résultats déjà obtenus. M. Salomon a donné un compte rendu détaillé des progrès de la crémation à l'étranger. En 1888, on a fait, en Italie, 1,403 crémations ; en Allemagne, à Gotha, 128 ; en Angleterre, 100. Il a annoncé ensuite que la Société se chargerait en tout ou en partie, selon ses ressources, des frais de crémation de ses membres, quand le prix en serait trop onéreux.

M. Bourneville a été nommé président pour 1890, et M. A. Kœchlin, président honoraire. Les vice-présidents sont MM. F. Passy et Napias.

Le siège de la Société est 97, boulevard Malesherbes ; on peut y envoyer les souscriptions et adhésions.

Nouvelle réglementation du mariage. — La Chambre législative de l'Etat de Kentucky vient d'être saisie, par un député, d'un projet de loi tendant à interdire le mariage à tout individu idiot, aliéné, indigent, mendiant, vagabond, ivrogne, joueur de profession, condamné à la prison pour vol ou pour crime, ainsi qu'à tout individu rendu, par constitution physique, incapable de remplir convenablement les devoirs conjugaux. — Cette interdiction devrait même être étendue, d'après le projet en question, à toute personne douée d'un caractère violent ou qui, dans l'espace d'une année, aurait été convaincue d'être entrée dans une maison de prostitution. Il est probable que ce projet n'a aucune chance d'être pris en considération. Il n'en serait pas moins intéressant de connaître les

considérants sur lesquels s'est appuyé l'auteur de cet original projet de loi. (*Gaz. hebd. des Sciences méd.*)

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du docteur Esbach, chef de laboratoire de la Charité. C'était un esprit original et primesautier, qui a su donner à tous les travaux qu'il a publiés un grand caractère d'originalité. Parmi ses publications, il faut citer en première ligne celles qui ont trait au dosage de l'albumine et à celui de l'urée. Pour le dosage de l'albumine, il a inventé un tube gradué spécial qui est répandu aujourd'hui dans toutes les cliniques et qui, contrôlé nombre de fois par les méthodes les plus exactes, est estimé à sa juste valeur, même en Allemagne. Quoique moins connu, le tube pour le dosage de l'urée est certainement un des meilleurs appareils à conseiller aux praticiens qui ne peuvent recourir aux procédés délicats des laboratoires.

Citons encore parmi les travaux d'Esbach les notes sur : L'*Analyse du lait*, les *Liquides qui grimpent* (1879); — l'*Analyse complète du lait* (1881); — les *Albumines normales et anormales de l'urine* (1884); — les *Calculs urinaires et biliaires* (1885); — le *Dosage du sucre par la liqueur de Fehling* (1889).

— Notre confrère M. F. Delaunay (du *Temps*) vient de mourir des suites d'une maladie qui l'empêchait depuis déjà quelque temps d'assister aux débats des Sociétés savantes. Les ouvrages publiés par M. Delaunay portent sur des matières très diverses. Les principaux sont sur le *Tempérament physique et moral de la jeunesse; les Actes et les Apôtres; Philon d'Alexandrie; Moines et Sybilles*. Ces deux dernières œuvres ont été couronnées par l'Académie française. Au *Temps*, M. Delaunay faisait avec une incontestable autorité les comptes rendus des séances des cinq classes de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Société de géographie. A l'Académie de médecine, où nous avions l'honneur de le voir souvent, il ne comptait que des amis.

LABORATOIRE D'ANALYSES APPLIQUÉES A LA MÉDECINE ET A L'HYGIÈNE. — M. Lafon, chimiste-expert, lauréat de l'Académie de médecine, ancien préparateur du professeur Brouardel, commencera le 24 mars, à quatre heures, uu cours pratique de chimie, microbiologie et microscopie médicales.

S'inscrire d'avance, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 8 mars 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Nicolas : Un cas d'eczéma aigu et généralisé à la Bourboule. — 2. M. Abadie : Considérations sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire. — 3. Vote sur l'honorariat de M. Peter. — 4. Communications diverses.

Sommaire de la *Revue philosophique*, nº de mars 1890 (15e année) :

E. de Roberty : L'évolution de la philosophie. — A. Fouillée : L'évolutionnisme des idées-forces. II. Les états de conscience comme facteurs de l'évolution. — A. Binet : Recherches sur les mouvements chez quelques jeunes enfants.

Abonnements : un an, Paris, 30 francs; départements et étranger, 33 francs; la livraison, 3 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), **Dyspepsies, etc., etc.**

Les CAPSULES DARTOIS constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**
Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Il en est des familles chimiques comme des familles humaines et animales; leurs membres sont loin de posséder tous les mêmes attributs, les mêmes propriétés et les mêmes qualités. On me racontait justement, hier, qu'un éminent anatomiste d'il y a cinquante ans, membre de l'Institut, voulant représenter le cerveau du lion et n'en ayant pas de spécimen à sa disposition, trouva très ingénieux de faire reproduire par le dessin, en le grossissant (on ne photographiait pas encore à cette époque), un cerveau de chat, sous prétexte que le chat et le lion sont de la même famille. Le dessin existe encore dans l'Atlas qui a été gravé et qui a fait l'étonnement des savants étrangers, entre autres de Tiedmann, fort versé en anatomie comparée. Ce fut même lui qui découvrit le pot aux roses, et s'il en fit des gorges chaudes, je vous le laisse à deviner, car les deux cerveaux, comme chacun sait maintenant, présentent des différences fort visibles à l'œil nu.

Eh bien, je disais donc que les membres des familles chimiques présentent des dissemblances considérables au point de vue de leur action physiologique et thérapeutique, quand on veut leur faire jouer le rôle de

FEUILLETON

CAUSERIE

L'hypnotisme, si fort à la mode actuellement, tend à remplacer le magnétisme, dont les prouesses ont tant amusé la génération de 1840 à 1860. A ce moment-là, comme aujourd'hui, on voulait tout guérir par le magnétisme. Voici une histoire, à ce sujet, que je vole tout simplement à feu Emile Deschamps; malheureusement, je n'ai pu retenir que le fond de l'anecdote, et je ne puis lui voler la bonhomie spirituelle et malicieuse avec laquelle il la raconte.

Une jeune fille avait une mauvaise santé, sans être précisément malade; son état ne présentait les symptômes d'aucune maladie classée et ayant, de par la Faculté, droit de bourgeoisie chez les mortels. Les médecins allopathes, homœopathes, hydropathes, etc... prétendaient que cela se passerait; ils ordonnaient un peu de patience et beaucoup de distractions.

Un ami de la famille parla de magnétisme avec beaucoup d'enthousiasme; il raconta des cures merveilleuses, des phénomènes, des miracles. Malgré certaines répugnances, on se laissa convaincre, et l'on fit venir un magnétiseur.

C'était à la fin du jour, dans un jardin, sous une épaisse allée de sycomores; au bout d'un quart d'heure, la jeune personne était endormie; au bout de vingt minutes, elle commençait à répondre aux questions du magnétiseur, lorsqu'un domestique, accouru

médicaments. C'est ce que M. Laborde a expliqué mardi dernier, en fort bons termes, à l'Académie de médecine, à propos des divergences qui existent entre les iodures et les bromures, d'une part, les sels de potassium et de sodium, d'autre part. On peut en croire d'autant mieux notre savant confrère qu'il a expérimenté sur lui-même le bromure de potassium, et à ses dépens, ce qui l'a déterminé à n'opérer dorénavant qu'*in animâ vili.*

M. Moissan a confirmé cette idée en donnant le résultat de ses expériences sur les propriétés anesthésiques des fluorures d'éthyle et de méthyle; ces fluorures n'agissent pas de la même manière; mais il paraîtrait que les produits chlorés et fluorés du méthyle ont des résultats assez analogues, et que le fluoroforme serait aussi un anesthésique important. Cependant, avant de se prononcer d'une manière ferme sur ces analogies, peut-être ne serait-il pas mauvais de songer à celle qu'on a voulu voir entre le cerveau du chat et celui du lion. — L.-H. P.

Note sur l'anatomie et la physiologie pathologiques de la rétention d'urine

Par M. F. Guyon.

L'accumulation de l'urine dans la vessie détermine dans tout l'appareil urinaire des lésions qui modifient ses fonctions et le rendent accessible à des influences auxquelles il peut, dans d'autres conditions, rester indifférent. Dans une précédente note, nous avons montré à quel point la rétention favorise l'invasion microbienne. Nous désirons aujourd'hui indiquer ses effets immédiats et éloignés, rechercher le mécanisme de leur production.

La clinique nous a fourni, depuis longtemps, des renseignements très significatifs. Nous les avons contrôlés et complétés par une série d'expériences faites avec le concours de M. Albarran.

Quelles que soient ses causes, sa forme et sa durée, la rétention évolue à l'état aseptique et sans fièvre. Ce n'est qu'après une intervention septique ou chez des sujets préala-

---

en toute hâte, demanda celui-ci et lui dit quelques mots à l'oreille. « Pardon, dit-il à la famille, un évènement inattendu me force à courir chez moi; je reviens dans dix minutes. Attendez-moi, j'ai mon cabriolet à votre porte. » — Il part.

Les dix minutes sont bientôt passées; il s'écoule un quart d'heure, une demi-heure, une heure. L'ami, très expert dans les pratiques du magnétisme, dit : « C'est fâcheux qu'il ne l'ait pas réveillée avant de partir. » Au bout d'une heure et demie, on envoie chez le magnétiseur. On répond qu'il n'est resté que dix minutes chez lui, qu'il était fort ému, qu'il a fait un paquet d'un peu de linge et de quelques hardes, qu'il s'est fait conduire au chemin de fer de Rouen.

On couche la jeune fille, on convient de ne rien dire ni à personne, ni à elle-même. Le lendemain matin, on n'avait pas de nouvelles. Le surlendemain, on reçoit une lettre du Havre. Le médecin annonçait que sa femme lui avait été enlevée par un perfide ami; qu'ils avaient pris, en partant, sa caisse tout entière; qu'il était à leur poursuite. Il regrettait vivement l'embarras dans lequel il les avait laissés.

Que faire? L'ami disait : « Au moins, s'il avait mis quelqu'un de nous en rapport avec elle, on l'aurait réveillée.

— Et que faisait la jeune fille?

— La jeune fille buvait, mangeait, causait, comme de coutume; il n'y avait rien de changé à ses habitudes, et bien heureusement, car cela rendait facile aux parents de lui cacher la triste position dans laquelle elle se trouvait.

— Mais alors, elle ne dormait pas?

blement infectés que la fièvre survient. L'étude des rétentions chroniques incomplètes nous a servi à établir ces faits importants. Chez les sujets dont l'urine ne contient pas de micro-organismes et ne cultive pas, il n'y a aucune élévation de température. Chez ceux qui présentent des conditions contraires, nous avons observé la fièvre; elle n'a cessé que par l'évacuation répétée ou continue.

L'expérimentation ne permet d'étudier que la rétention aiguë, mais elle est confirmative. Seuls les animaux dont nous avons infecté la vessie avant de lier la verge ont eu une température élevée. Lorsque la fièvre est survenue, sans qu'une injection septique ait été pratiquée, nous avons constaté la présence d'organismes pathogènes. Lorsque la ligature a été levée à temps, la fièvre s'est éteinte et l'animal est revenu à la santé.

Chez l'homme, toute rétention s'accompagne de polyurie. Cela s'observe surtout dans les rétentions incomplètes avec distension, mais aussi dans les rétentions aiguës sans lésions rénales, par exemple chez de jeunes sujets atteints d'abcès chauds de la prostate. La polyurie s'établit ou s'exagère sous la seule influence de la réplétion de la vessie. Chez les animeux, nous avons vérifié le fait en faisant à la vessie des ponctions successives.

La congestion de tout l'appareil urinaire est encore une des conséquences de la rétention. Chez l'homme, dans les rétentions aiguës quelque peu prolongées, l'urine est souvent colorée en brun ou en rouge. Dans les rétentions chroniques avec distension, l'évacuation complète et rapide provoque presque infailliblement une hématurie. Il est possible de constater dans les rétentions complètes aiguës l'augmentation congestive de la prostate et du rein. Le volume de ces organes, tout d'abord accru, diminue sous l'action répétée du cathétérisme. Dans certains cas, où la rétention est productrice d'hématurie, l'évacuation seule permet de s'en rendre maître.

Chez les animaux, nous avons pu déterminer la congestion de la vessie, des reins, des bassinets, des uretères et de la prostate. La vessie et les reins sont surtout modifiés. Il y a non seulement stase dans les vaisseaux, mais des hémorrhagies interstitielles et cavitaires se produisent. La couche musculaire de la vessie est dissociée par l'épanchement sanguin, son épithélium soulevé se détache par places, ce qui permet à l'absorption de s'exercer; les vaisseaux gorgés de sang dessinent des réseaux d'une merveilleuse richesse, de grandes plaques ecchymotiques complètent la teinte écarlate de la surface interne, l'urine est mélangée de sang. Les reins sont augmentés d'un sixième environ et présentent d'importantes modifications de texture. La congestion aboutit à l'hémorrhagie, le sang extravasé se répand entre les tubes et pénètre daus leur intérieur, ce qui détermine la chute mécanique de l'épithélium. On trouve dans les urines des cylindres

---

— Certainement que si, puisque le magnétiseur ne l'avait pas réveillée.

— C'est juste. »

Il se passa un an, les parents étaient fort tristes, fort abattus; on n'avait aucune nouvelle du disciple de Mesmer; il n'était pas revenu à Paris; on ne savait où il était.

Un parti se présente; ses parents et l'ami se réunirent, se consultèrent. Doit-on avertir le futur époux de l'état dans lequel se trouve la fille qu'il demande? La probité, la sévère probité dit qu'on ne peut s'en dispenser. Mais s'il allait s'effrayer! et qui ne s'effrayerait pas pas à sa place? C'est un mariage très avantageux, très convenable sous tous les rapports. On fait taire la probité; on ne dit rien; le mariage se conclut.

« Et comment était la jeune femme?

— Comme de coutume. Il fallait savoir ce qui en était; sans cela, on ne se serait douté de rien. »

Au bout d'un an, elle allait avoir un enfant. Le mari était enchanté. Cependant, les parents, qui étaient honnêtes au fond, souffraient d'un pareil état de choses; leur conscience était bourrelée quand le mari les remerciait de son bonheur. Dix fois la vérité fut sur leurs lèvres, dix fois ils la retirèrent.

« Et la jeune femme?

— Elle allait fort bien; elle eut un second enfant. »

Un jour, on apprend que le médecin s'est fixé à Provins. Les parents, au comble de la joie, lui écrivent avec instance de venir à Paris. Il répond et s'excuse sur de nombreuses occupations.

épithéliaux ou hématiques. Dans les rétentions de longue durée, on observe une ectasie avec aplatissement et état granuleux de l'épithélium des canalicules du rein. Ses fonctions sont troublées.

Déjà nous avons vu la polyurie accompagner la rétention et se manifester surtout dans les rétentions incomplètes. Lorsque la vessie subit sans aucune détente une tension excessive, nous avons constaté chez les animaux l'amoindrissement de la sécrétion. Chez eux encore les analyses démontrent la diminution de l'urée. Le taux est surtout abaissé dans l'urine des uretères, c'est-à-dire dans l'urine sécrétée la dernière.

Le rein est, de plus, directement menacé. A l'état normal le courant urétéro-rénal le protège. Il l'isole de la vessie, grâce à sa continuité et aux renforcements que lui imprime la contraction de la couche musculaire des uretères. Cette irrigation préservatrice est amoindrie, puis supprimée lorsque la rétention se prolonge. La différence de composition chimique des urines de l'uretère et de la vessie le montre déjà. Dans l'hématurie vésicale que détermine la rétention aiguë, l'urine des uretères reste limpide, alors que celle de la vessie est fortement colorée. L'urine de la vessie ne reflue donc pas dans les uretères. Lorsque la stase est établie, l'ascension de particules inertes ou des micro-organismes devient néanmoins facile, possible, dans ce milieu mort où les courants normaux de l'uretère et de la vessie sont suspendus. Au lieu d'être rejetés à l'extérieur ou de demeurer cantonnés dans la vessie, ils atteignent le rein. La poudre de charbon et les microbes introduits dans la vessie distendue remontent jusqu'à lui. Les particules inertes n'arrivent que tardivement et en très petite quantité dans le bassinet sans le dépasser, les micro-organismes envahissent avec rapidité et en nombre considérable l'appareil rénal tout entier.

La stase de l'urine est d'autant plus complète que la contractilité de la vessie et des uretères est bientôt abolie par la distension. Nos expériences montrent que la vessie perd la première son pouvoir contractile; l'uretère subit bientôt le même sort. Lorsque la rétention ne date que de vingt-quatre heures, la contractilité uretérale peut être récupérée par la simple évacuation d'une partie du contenu de la vessie ou par l'électrisation. Elle reparaît ensuite dans la vessie elle-même. Si la rétention a été prolongée, rien ne la fait renaître.

Ce phénomène est en effet sous la dépendance immédiate de la tension intra-vésicale et subordonnée à son degré. Il est facile de se rendre compte qu'il en est de même pour la polyurie et la congestion; les lésions anatomiques et les troubles physiologiques sont en rapport direct avec l'intensité et le degré de la tension. Tout le démontre, aussi bien

---

Une correspondance s'engage : les parents insistent; le magnétiseur résiste. Il finit par mettre son déplacement à un prix exorbitant.

Que faire? Il fallait bien en passer par où il voulait; on était à sa discrétion. L'état de la jeune femme ne pouvait durer éternellement; le secret, caché jusque-là au mari, pouvait être révélé à chaque instant. On accorde ce que le médecin exigeait. Il arrive, il se loge auprès de la maison et, un jour que le mari est à la chasse, on le prévient. Il arrive; on avait défendu la porte; on était sûr de ne pas être troublé. L'ami seul, qui était dans le secret, assisterait à l'opération.

Le magnétiseur dégage le fluide; il descend les mains du front à l'épigastre de la somnambule, en les secouant pour se débarrasser du fluide qu'il enlève; il la réveille.

« Et quelle différence cela amena-t-il chez la jeune femme?

— Aucune, au point que le mari ne s'aperçut de rien.

— Mais alors qui vous dit qu'elle ne dormait plus?

— Quelle tête dure vous avez! Certainement qu'elle ne dormait plus, puisque le magnétiseur l'avait réveillée.

— C'est juste. »

Ne dirait-on pas cette nouvelle écrite d'hier? Et cependant il y a plus de trente-cinq ans que le sceptique et spirituel Alphonse Karr l'a publiée, et je suis persuadé, chers lecteurs, que, si je ne vous avais pas dévoilé la supercherie, vous m'auriez, modestie à part, attribué la paternité de cette prose vive et animée.

dans l'état aigu provoqué par l'expérimentation que dans les cas chroniques que l'observation permet de suivre.

C'est donc sous l'influence d'un mécanisme identique que se produisent les lésions et les troubles fonctionnels consécutifs à la rétention. La tension, qui d'abord est seulement vésicale, devient urétérale et rénale. Lorsque la vessie a été remplie au maximum, les uretères, les bassinets et les canalicules rénaux eux-mêmes font à leur tour réservoir; ils donnent place à l'urine, qui continue à être sécrétée, mais ne reçoivent pas le trop-plein de la vessie. Nos expériences prouvent qu'il n'y a pas reflux dans la rétention aiguë. Cela est d'accord avec une constatation anatomique déjà faite par Hallé dans les cas chroniques; cet auteur a montré que la portion vésicale des uretères ne participe pas à la dilatation énorme qu'ils subissent au delà de la vessie.

Des actes très distincts se succèdent dans la rétention. La vessie entre d'abord en scène; elle n'y reste seule que si la tension n'est ni exagérée ni prolongée. Aussi les conséquences prochaines et éloignées de la retenue de l'urine seront-elles fort différentes, selon que l'on interviendra alors que la vessie souffre seule ou que l'appareil urinaire supérieur est atteint et mis en état de réceptivité.

REVUE TRIMESTRIELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

Le lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel, par le docteur A. LAURENT, membre du Conseil d'hygiène de la Seine-Inférieure. — Le docteur Laurent a protesté, à la Société d'hygiène publique (séance du 27 novembre 1889), contre l'usage du lait bouilli donné comme aliment du premier âge. Le lait animal cru ou bouilli ne convient jamais au tube digestif d'un nouveau-né et ne saurait être l'équivalent du lait de femme; mais il faut bien élever les enfants qui en sont privés.

Dans ce cas, le lait est-il moins nuisible cru que bouilli? On donne maintenant la préférence au lait bouilli pour éviter la transmission possible du microbe de la tuberculose. Il serait important de faire la lumière à ce sujet, car, suivant les uns, la tuberculose des vaches est fréquente, *surtout* à Paris; suivant les autres, elle est rare, *surtout* à Paris. Dans le doute, il est plus simple, dira-t-on, de faire bouillir le lait. En effet, si l'on ne donnait du lait qu'aux adultes, la solution serait excellente, sauf certaines

---

* * *

A propos de carnaval et de duel, car nous n'avons pas encore dépassé la mi-carême, et il est question à la Chambre des députés d'une loi nouvelle sur les duels, il a été question ces jours-ci d'un duel qui avait eu justement pour cause un de ces billets masqués qu'on appelle lettres anonymes. Mais, par exemple, ce duel a eu lieu dans des conditions particulièrement rigoureuses : il s'agissait d'échanger trois balles à quinze pas. Personne n'a été blessé.

Ce duel a paru un peu étrange; il l'a été certes moins que celui de cet apothicaire de comédie qui, provoqué par un spadassin renommé, se rendit sur le terrain, bien qu'il fût habitué à manier d'autres armes que celles dont on fait usage en duel.

Monsieur, dit l'apothicaire à ses adversaires, voici deux pilules : l'une est empoisonnée, l'autre est inoffensive, choisissez.

Le bretteur préféra ne pas donner suite à la rencontre.

* * *

Echo de fin d'influenza, entendu ces jours-ci sur le boulevard :

— Bonjour, docteur. Comment va? — Hum! mal, très mal!

— Allons donc, vous avez une mine superbe.

— Vous ne me comprenez pas; tous mes clients sont bien portants.

* * *

Vous avez certainement rencontré, chers lecteurs, des gens qui, si peu élevée que fût

exceptions; mais le lait appartient, avant tout, aux enfants, et doit être, pendant les huit premiers mois, leur unique aliment, et, jusqu'à 3 ans, leur principal aliment. Si l'ébullition le rend difficile à digérer, l'hygiéniste, qui conseille de faire bouillir le lait pour mettre l'enfant à l'abri des microbes, va contre son but, car il délabre l'estomac de cet enfant et le rend propre à l'absorption des germes qu'un estomac sain tue et digère. On ne doit pas oublier que l'infection est causée autant par la préparation du terrain dans lequel un germe tombe que par l'introduction de ce germe. On me concèdera que, malgré toutes les précautions prises, nous absorbons un certain nombre de microbes offensifs, lesquels deviennent inoffensifs si nos organes offrent la résistance suffisante.

Pour ma part, et pour ce qui touche l'alimentation du premier âge, je donne nettement la préférence au lait cru, à condition qu'il soit trait et bu séance tenante. On peut faire sur soi-même l'expérience de la parfaite digestibilité du lait pris de cette façon. On a ainsi la démonstration physiologique du bien fondé des expériences de M. de Sinéty, qui nous a appris que le lait, à la sortie du pis de la vache, formait une sorte d'émulsion qui disparaissait par le repos et le transport, les globules s'entourant d'une enveloppe qui les rend difficiles à digérer.

Ce genre d'alimentation par le lait trait et bu séance tenante, où tout au moins fraîchement trait, est possible, même à Paris, et il faut avouer que les chances de tuberculisation sont minimes, le pis de la vache étant choisi et le vase de traite apporté par le consommateur. Quant à choisir entre le lait cru transporté et reposé et le lait bouilli, *au point de vue de la digestibilité*, j'avoue que je ne saurais le faire. Les éléments d'appréciation me manquent, et j'ai vu, à cet égard, chez les adultes, de nombreuses différences; mais le docteur Laurent déclare, d'après des faits nombreux observés dans le pays qu'il habite, Rouen et ses environs, que le lait bouilli cause des troubles intestinaux divers qui compromettent l'intégrité des fonctions du tube digestif et dont le contre-coup se fait sentir à tout l'organisme.

Rétroversion de l'utérus gravide, par M. H. Varnier. (*Annales de gynécologie*, oct. 1889.). — Observation des plus intéressantes pour le praticien. La femme dont il s'agit s'étant levée un matin pour uriner, dans le cours d'une quatrième grossesse, éprouva une vive douleur dans le bas-ventre et ne put expulser une seule goutte d'urine. Cette rétention dura trois jours, pendant lesquels la malade n'urina que goutte à goutte, par regorgement. Puis, brusquement, le troisième jour, la miction redevint possible

---

la note de vos honoraires, trouvaient encore qu'elle était trop élevée. Un de nos confrères vient de nous transmettre une petite histoire de ce genre qui recule l'invraisemblable jusqu'à ses dernières limites.

Une jeune fille atteinte de luxation de la mâchoire vient le prier de la lui mettre en place; ce fut fait facilement de la manière habituelle et un bandage fut appliqué pour maintenir les choses en place. Il fallut alors régler les honoraires. Mais à la question : « Combien vous dois-je, Monsieur? » Notre ami, qui avait pour la première fois réduit une luxation de la mâchoire, fut fort embarrassé. Sous un prétexte quelconque, il passa dans une autre pièce et écrivit un petit mot qu'il envoya chez un confrère voisin. « Combien, demandait-il au confrère, dois-je prendre pour réduction de luxation mâchoire inférieure? » — « Suivant les gens, dit le confrère, de deux à quatre pièces de cent sous. »

Comme la patiente n'était pas trop bien nippée, il pensait lui demander le minimum, lorsqu'il se ravisa et lui demanda si pareille chose ne lui était pas déjà arrivée. — « Si, Monsieur, répondit-elle, il y a environ un an, et un docteur m'a remis la mâchoire en place. — Et combien vous a-t-il demandé? — Vingt sous, Monsieur..... — Et n'avez-vous pas été étonnée de cette demande? — Si, Monsieur, j'ai trouvé que c'était beaucoup. »

*
* *

Vous savez s'il y a des clients qui vous rasent! Ils vous racontent les histoires de tous leurs amis et connaissances à propos du moindre bobo. — Un chirurgien anglais qui a disparu depuis longtemps, mais dont le nom est encore bien connu, Abernethy, n'ai-

et D... expulsa volontairement une grande quantité (qui n'a pas été mesurée) d'urine extrêmement fétide. La grossesse continua son cours. Un prolapsus du vagin, cause première de la rétroversion, disparut peu à peu, à mesure que l'utérus s'élevait dans la grande cavité abdominale. Elle accoucha à terme, puis le prolapsus vaginal reparut avec la réduction du volume de l'utérus et sa rentrée dans l'excavation.

Cette femme devint enceinte pour la cinquième fois au début de 1887. Puis, brusquement, le matin du dimanche 3 avril, D..., voulant uriner, ne peut y parvenir. Elle reste trois semaines urinant goutte à goutte, par regorgement, souffrant de douleurs atroces dans le ventre, devenu très gros.

Le 25 avril, un médecin pratiqua le cathétérisme et retira quatre litres d'urine sur les caractères de laquelle aucun renseignement ne put être donné par la femme. Trois autres sondages, pratiqués les jours suivants, ramenèrent quatre litres encore, puis trois, puis deux litres. On fit alors transporter la malade à l'hôpital Lariboisière, où le diagnostic suivant fut posé par M. Varnier : Rétroversion de l'utérus gravide de trois mois et demi à quatre mois. Rétention d'urine datant d'un mois. Cystite hémorrhagique. On retira de la vessie, avec la sonde, deux litres de sang presque pur. La vessie fut lavée avec une solution chaude d'acide borique. Les tentatives manuelles, faites par M. Auvard ou M. Varnier, pour redresser l'utérus après évacuation de la vessie, demeurèrent vaines. Il fut alors convenu que M. Varnier tenterait la réduction en plaçant dans le rectum un ballon Tarnier.

La femme étant placée dans la position obstétricale, non endormie, M. Varnier introduisit dans le rectum, sur son index gauche comme guide, et par un véritable cathétérisme, le conducteur métallique courbe de M. Tarnier, disposé comme pour la provocation de l'accouchement prématuré. Le bec fut poussé jusqu'au point de contact de la concavité utérine et de la concavité sacrée. Pendant qu'on remplissait d'eau le ballon, au moment où l'on arrivait à la cinquième division de la seringue à hydrocèle, la patiente sentit un mouvement brusque dans le bassin, « comme si un ressort se détendait ». C'était l'utérus qui se redressait. La miction reparut, l'urine redevint normale assez rapidement. La femme quitta la Maternité le 17 pour y revenir le 12 octobre, au terme de sa grossesse, qui se termina par un accouchement spontané. Au moment de sa sortie, l'utérus était en rétroversion complète et le vagin en prolapsus.

Un cas de rétention fœtale, par le docteur Alphonse HERRGOTT, professeur à la Faculté de Nancy. (*Annal de gynécologie*, décembre 1889). — Ce travail a été présenté

---

mait pas les gens qui parlent pour ne rien dire. Ses clients, qui le savaient, s'efforçaient d'être aussi brefs que possible. D'ailleurs, pour les Anglais, aussi bien clients que médecins, *times is money*.

Une dame entre un jour dans son cabinet, en tenant sans mot dire l'index levé en l'air. Et voici le dialogue qui s'ensuit :

Abernethy : Coupure? — La dame : Morsure.

Abernethy : Chien? — La dame : Perroquet.

Abernethy : Cataplasmes pomme de terre.

Le lendemain la dame revient et entre le doigt levé. Et le dialogue recommence.

Abernethy : Mieux? — La dame : Plus mal!

Abernethy : Cataplasmes mie de pain.

Le surlendemain, troisième consultation. Troisième dialogue.

Abernethy : Mieux? — La dame : Bien.

Abernethy : Adieu. Allez-vous-en.

***

J'ai taché d'être bref. Les petites phrases se comprennent mieux d'ailleurs. J'espère ainsi qu'un de mes amis ne m'arrêtera pas par un bouton pour me dire :

Mon cher, j'ai lu ce matin votre Causerie; je l'ai même lue deux fois.....

— Ah! mon cher ami, que vous êtes aimable, que.....

— C'était pour tâcher de la comprendre.

SIMPLISSIME.

à l'Académie de médecine au mois de décembre dernier. La femme qui est le sujet de cette communication, a été habilement opérée par le docteur Herrgott à la Faculté de Nancy. La grossesse avait présenté plus d'une analogie avec les grossesses ectopiques, mais M. Herrgott demeura persuadé, après un examen attentif, qu'il s'agissait d'une grossesse utérine compliquée de tumeur fibreuse. Le fœtus était mort. M. Herrgott n'était donc pas sans anxiété sur l'issue d'une pareille situation, et la nécessité d'une opération césarienne. Il se décida à attendre le commencement du travail en remontant le mieux possible l'état général.

Malheureusement celui-ci devint assez mauvais pour imposer l'intervention.

La paroi abdominale incisée, on vit une tumeur rougeâtre, semblable à une vessie distendue. Cette tumeur fut fixée par des points de suture à la paroi abdominale, puis incisée, et le fœtus extrait sans difficulté. Le cordon sectionné, on lava la poche avec une solution saturée de naphtol β jusqu'à ce que le liquide sortît clair. La poche fœtale était peu ou point rétractile, cependant les parois contenaient des fibres musculaires et M. Herrgott en conclut qu'il faut la considérerer comme formée par l'utérus et non comme un kyste extra-utérin.

La plaie fut refermée dans sa partie supérieure et trois tubes assurèrent le drainage.

A partir du treizième jour, le placenta, qui avait été laissé en place, put être extrait par morceaux, à l'aide de légères tractions exercées sur le cordon.

La femme sortit bien portante de la maternité de Nancy, le 1er août. Elle avait été opérée le 22 mai.

Considération sur l'hygiène infantile ancienne et moderne, par MM. Auvard et Pingat. (*Archives de tocologie*, décembre 1889.) — Dans ce travail, illustré de nombreuses et amusantes figures, les auteurs examinent successivement l'habillement de l'enfant, son couchage et la manière dont on l'allaite. Les curieux y trouveront les divers systèmes de maillots, de berceaux, de biberons, depuis le type le plus grossier et le plus nuisible au développement, jusqu'au plus perfectionné. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Traité de chimie générale comprenant les principales applications de la chimie aux sciences biologiques et aux arts industriels, par Paul Schützenberger, professeur au Collège de France. Tome sixième, 1890, librairie Hachette.

Une partie de ce volume renferme la fin du livre sixième de l'œuvre, *Série aromatique ou composés à noyaux benziniques*. Parmi les matières qui sont traitées dans cette partie, nous devons mentionner la naphtaline, le groupe de l'anthracène, la série térébénique, le camphre, mais surtout les alcaloïdes des quinquinas — entre autres la quinine — les alcaloïdes de l'opium — principalement la morphine — les alcaloïdes des strychnées — en première ligne la strychnine. Puis, l'auteur nous amène au livre septième, *Chimie biologique ou chimie de la vie.*

La fin du livre sixième renferme un nombre considérable de sujets qui intéressent vivement la médecine; mais c'est le livre septième qui est le livre propre du médecin. Il est difficile, en effet, d'être un praticien complet quand on ne possède pas familièrement les connaissances aujourd'hui conquises et réunies de la *chimie de la vie;* et nulle part elles ne sont mieux exposées que dans la publication que nous avons sous les yeux. L'auteur donne d'abord en quelques mots à ses lecteurs la physionomie de son immense sujet. Ces lignes ne sont pas de nature à être analysées; il faut les reproduire : « L'organisme vivant est le siège incessant d'une foule de réactions chimiques, les unes d'ordre analytique, les autres d'ordre synthétique, grâce auxquelles il se maintient dans son intégrité, se développe, se multiplie, tout en fournissant du travail.

« L'étude de ces phénomènes offre un intérêt tout spécial. Elle est indispensable pour arriver à la solution des problèmes généraux de physiologie végétale et animale.

« Beaucoup de ces réactions ont pu être effectuées en dehors de l'organisme vivant, par le seul jeu des affinités chimiques des éléments et de leurs combinaisons. D'autres

sont restées jusqu'à présent dans le domaine exclusif de la biologie; mais on est fondé à admettre qu'il n'en sera pas toujours ainsi et que dans aucun cas l'être vivant ne travaille à l'encontre des affinités.

« Ce qui distingue surtout la chimie vivante de la chimie du laboratoire, ce sont les conditions spéciales dans lesquelles s'effectuent les transformations. Pour fixer les idées sur ce point, rappelons un fait bien connu.

« Pour brûler avec l'oxygène de l'air une matière organique, telle que le sucre, et la convertir en eau et en acide carbonique, nous devons faire intervenir une température relativement élevée, voisine du rouge. Dans l'être vivant, la même combustion se produit d'une façon régulière et continue à une température qui ne dépasse pas 37°.

« Le point de départ, oxygène libre et sucre, et le point d'arrivée, acide carbonique et eau, sont les mêmes. Mais, tandis que l'être vivant brûle le sucre à 37°, le chimiste dans son laboratoire ne le brûle qu'au rouge. Il est donc évident que dans l'être vivant réside un mécanisme moléculaire spécial, produisant le même résultat qu'une forte élévation de température.....

« Des phénomènes analogues et comparables se retrouvent en chimie minérale. Ainsi l'hydrogène et l'oxygène ne s'unissent que sous l'influence d'une température assez haute (350 à 400°). En présence du platine divisé, la réaction commence à la température ordinaire...... »

Dans les phrases qui précèdent, tous les mots doivent être mûrement pesés; nous y trouvons la notion savante et large du présent et une vue philosophique de l'avenir. « Il est très possible, dit l'auteur, nous dirions volontiers très probable, que les cellules vivantes sont le siège de mouvements vibratoires moléculaires *spéciaux* et variés, mouvements sous l'influence desquels des réactions chimiques diverses deviennent possibles dès que le corps qui doit et peut les subir pénètre dans la cellule...... »; et il cite des faits qui peuvent s'expliquer de cette manière.

Du reste, tout en admettant qu'il n'y a pas lieu « d'établir une division absolue entre la chimie biologique animale et la chimie biologique végétale, qui sur bien des points se rapprochent », il fait voir, dans sa comparaison de ces deux chimies, combien la dernière l'emporte par la variété des réactions et par le nombre et l'importance des phénomènes synthétiques. Cette considération — développée — est d'un grand intérêt; toute l'existence des êtres vivants s'y rattache.

Après s'être arrêté quelques instants sur le rôle de la cellule, sur les réactions provoquées par des organismes élémentaires et dont la connaissance jette un si grand jour sur les faits observés dans les êtres complexes, « faits qui sont le plus ordinairement la résultante de tout un ensemble de réactions cellulaires », l'auteur entre profondément dans l'étude des divers éléments de la chimie biologique : 1° Les *matières protéiques*, albumines, albuminoïdes (fibrines, caséines, hémoglobine, etc.), produits de transformation des matières albuminoïdes (syntonine, peptones, etc.), matières collagènes (gélatine, chondrine, etc.), etc. — 2° *Sang, lymphe, chyle, liquides séreux.* « Le sang n'est pas à proprement parler un liquide ou une solution de divers principes dans l'eau, mais plutôt une masse fluide, formée d'éléments figurés solides, tenus en suspension et nageant au sein d'un liquide visqueux, le plasma. » Tout ce chapitre constitue un grand enseignement. — 3° *Lait.* Sa composition chimique; les méthodes d'analyse; les propriétés de ses principaux constituants. Le koumys, le kéfir. — 4° *Liquides digestifs*; salive, suc gastrique, sujets traités avec abondance, suc pancréatique, étude neuve en grande partie, bile; chapitre considérable au point de vue de l'étendue et de la science, excréments, etc. — 5° *Urine* et *Sueur*.

Le volume est terminé par l'étude chimique des tissus de l'organisme.

Le travail qui nous occupe est, dans son genre, en première ligne. On n'a, jusqu'à présent, rien fait de mieux sur un sujet qui est fondamental pour l'humanité, pour les êtres vivants, et dans lequel on va même fouiller jusque dans la chimie minérale à l'occasion des recherches relatives à la vie. A l'apparition d'un livre qui renferme un enseignement si fécond, je me figure tous les médecins instruits se précipitant sur sa lecture pour compléter ou perfectionner leurs connaissances en chimie biologique sous la direction d'un tel maître, pour y chercher avec lui des applications pratiques, et le prendre

pour guide dans les recherches cliniques, par exemple dans l'appréciation des meilleurs moyens de constater la présence de l'albumine ou du sucre dans les urines de leurs malades, etc.

Le sixième volume du *Traité de chimie générale* du professeur Schützenberger va promptement devenir populaire dans le corps médical. — Dr G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 février 1890. — Présidence de M. Leudet, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance imprimée* comprend une brochure intitulée : *Profilaxia de la syfilis*, par le docteur Manuel S. Algandona (de Bogota).

A propos du procès-verbal, M. Duroziez dit qu'il a demandé à M. Gaucher pourquoi il n'emploie pas la résorcine, vantée par M. Le Blond? M. Gaucher lui a répondu que l'acide phénique, employé en mélange non avec la glycérine, mais avec l'huile de ricin, lui paraît d'un emploi plus sûr; l'acide phénique tue le microbe de la diphthérie, tandis que la résorcine ne le tue pas.

— M. le Président annonce à la Société la mort de M. Marcet, membre titulaire.

— M. Dobiezewski offre à la Société une brochure donnant des renseignements détaillés sur les eaux de Marienbad.

— M. Chervin présente un travail sur le *mouvement de la population française*, conférence qu'il a faite à l'Association française pour l'avancement des sciences, le 9 mars 1889.

M. Perrin : A l'occasion du travail intéressant dont il vient de faire hommage à la Société, je demanderai à M. Chervin, si compétent en matière de démographie, si, en dehors de *la volonté*, qui, comme il l'a dit, joue, à coup sûr, dans notre pays, le principal rôle pour en expliquer la faible natalité, si, dis-je, le défaut de l'allaitement maternel, qui tend à se répandre, de plus en plus, au sein des familles, ne peut pas contribuer, dans une certaine mesure, à cette diminution trop réelle, en rendant les jeunes mères moins aptes à être ultérieurement fécondées. C'était là une opinion chez les anciens parfaitement plausible. Il est certain, selon nous, que l'allaitement maternel est le complément physiologique de la gestation, et j'ajouterai : son complément moral, et que de s'y soustraire sans motif valable de santé, c'est supprimer une fonction naturelle dont la suppression ne peut que nuire ultérieurement à la virtualité des glandes mammaires, et même amener, à la longue, leur atrophie, notamment chez les jeunes mères dans les familles desquelles cette déplorable habitude tend à se perpétuer d'une génération à l'autre.

Nous nous résumerons en disant que, toutes choses égales d'ailleurs, et *la volonté* mise à part, toute mère qui nourrit ses enfants est plus assurée d'une nombreuse progéniture que celle qui, pour un motif ou pour un autre, ne croit pas devoir satisfaire à ce devoir naturel.

M. le Président fait remarquer que la question, si intéressante, soulevée par M. Perrin, à l'occasion du travail de M. Chervin, pourra être utilement mise à l'ordre du jour d'une prochaine séance. (Adopté.)

— M. Rougon, au nom de la commission dont il fait partie avec MM. Perrin et Polaillon, lit un rapport sur la demande d'honorariat de M. Peter.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

La Société se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Rougon, sur la demande de modifications aux statuts déposée dans une séance précédente.

Après une longue discussion, à laquelle prennent part la plupart des membres présents, la Société vote l'ordre du jour suivant, présenté par M. Perrin :

Le rapport de la commission entendu, et après discussion, la Société décide qu'il n'y a pas lieu à revision des statuts.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 27 février 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Approvisionnement en eau potable des villes situées sur des fleuves ou des rivières. — M. Gautrelet fait la critique du projet de dérivation de l'Avre pour l'augmentation en eau potable de l'approvisionnement parisien. Il montre que ce projet est contraire aux intérêts hygiéniques et financiers de la Capitale, en même temps que ruineux pour les riverains du cours d'eau détourné. Pour une somme de 300 millions, on n'obtiendra, en effet, qu'une augmentation de 18 litres d'eau par tête d'habitant de Paris, sans atteindre encore le minimum strictement nécessaire à l'hygiène des populations agglomérées (120 litres). Mais il fait connaître que l'ingénieur en chef des ponts et chaussées du département de la Loire-Inférieure, un technicien des plus distingués, M. Lefort, vient, d'autre part, de résoudre de la façon la plus heureuse la solution de l'approvisionnement en eau potable des villes situées sur les cours d'eau.

S'appuyant sur les recherches de Belgrand et sur ses observations personnelles, M. Lefort condamne les puits ou tranchées-filtres permanentes et établies sur le sol ferme, car, dit-il, « *dans le système ancien, si l'eau des tranchées-filtres n'est pas celle de nappes souterraines contaminées, elle devient forcément celle du fleuve, même drainée, dérivée, mais non filtrée* ». Aussi, chargé de fournir à la ville de Nantes de l'eau pure pour son alimentation, et ne pouvant, pour des considérations matérielles et économiques, songer à amener un cours d'eau extérieur, il résolut le problème de la façon suivante :

Il créa en pleine Loire, et en amont de la ville, une sorte d'îlot artificiel en jetant circulairement des masses rocheuses. Au centre de cette ceinture, il fit construire une tour en maçonnerie avec barbacanes à valves mobiles, dépassant le niveau des étiages les plus élevés. Finalement, on combla l'intervalle de la tour aux rochers avec du sable de rivière lavé. Le fond de la tour ainsi transformée en puits fut mis en communication avec une machine d'épuisement. Un escalier intérieur assure le service en permettant le contrôle du débit de chaque barbacane. Comme on peut modifier l'ouverture de l'ensemble des barbacanes (en ouvrant ou fermant les unes ou les autres de ces voies d'eau), on peut soit augmenter ou ralentir le courant, soit l'intervertir dans les masses sablonneuses filtrantes, et l'on assure ainsi la filtration absolue de l'eau au moyen d'une masse de sable relativement faible (10 mètres).

Le puits d'essai de la ville de Nantes fournit 250 litres d'eau, limpide comme de l'eau de roche, par tête d'habitant, soit 30 millions pour une population de 120,000 âmes, ou une dépense totale (adduction comprise) de 300,000 francs.

Toutes proportions gardées pour Paris, ville de 3 millions d'âmes, il faudrait douze puits semblables, et la dépense totale ne serait que de 4 millions, en assurant à chaque habitant une augmentation en eau potable de 120 litres, portant donc son total journalier à une fois et demie ce que réclame l'hygiène.

Ces considérations énoncées, M. Gautrelet se demande si le projet du service des eaux de la ville de Paris, adopté lundi dernier par la Chambre des députés, ne devrait pas être arrêté au Sénat, à l'effet de reprendre l'étude dans le sens du système que vient d'inventer et employer si heureusement M. l'ingénieur Lefort?

L'étude approfondie de la question a été renvoyée à la section d'hygiène pour faire un rapport sur lequel s'ouvrira la discussion.

Emploi du nitrate de cocaïne dans le traitement des affections urinaires. — M. Lavaux fait connaître à la Société que, dans beaucoup de cas où il aurait voulu employer le nitrate d'argent, qu'il considérait comme utile à la thérapeutique, il a dû y renoncer par suite

de la réaction trop vive ou des douleurs trop accusées ressenties par le malade. Il avait essayé l'anesthésie locale sous forme d'injection de chlorhydrate de cocaïne, mais sans succès, quand il eut l'idée de recourir au nitrate de cocaïne. Comme ce sel ne se trouve pas dans le commerce, et que d'ailleurs il se conserve mal en solution, on opère par double décomposition, au moment du besoin seulement, en précipitant du nitrate d'argent par du chlorhydrate de cocaïne.

En prenant 0,95 d'azotate d'argent cristallisé pour 2 grammes de cocaïne (chaque substance étant dissoute dans 10 c. c. d'eau distillée), on obtient par filtration (qui sépare le chlorure d'argent formé) une solution propre à l'emploi. L'indication de cette anesthésie préalable au nitrate de cocaïne me semble s'imposer toutes les fois que l'on doit utiliser le nitrate d'argent comme modificateur des muqueuses urinaires.

Les secrétaires des séances : MM. GAUTRELET et BOVET.

COURRIER

CRÉMATION EN HONGRIE. — Le ministre de l'intérieur de Hongrie vient de prendre une décision défavorable à l'introduction de la crémation des morts. Le Conseil municipal de Presbourg avait accueilli favorablement la demande de la Société viennoise la *Flamme*, tendant à obtenir l'autorisation de construire un four crématoire dans cette ville. Le ministre a cassé la décision du Conseil municipal de Presbourg, en déclarant que la crémation, même facultative des morts, touchait à des intérêts publics de plus d'un genre et tellement considérables que la question devait être examinée plus longuement qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Le ministre estime donc que, pour le moment, son devoir est de maintenir le *statu quo*.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brulfert (de Paris); Nourrigat (de Mauguio); Paillard (de Donzère) et F. Vacher (de Paris).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 10 mars 1890. — *Ordre du jour :* 1. M. Zernoff (de Moscou) : Note sur l'encéphalomètre. — 2. M. Roux : Cas d'intoxication par une injection phéniquée vaginale. — 3. M. Potherat : Cas d'amputation urgente pour une ostéo-myélite ancienne. — 4. M. Maurice Bloch : Ataxie locomotrice, hystérie, morphinomanie; bons effets de la suggestion hypnotique dans le traitement de la morphinomanie. (Travail de candidature.)

Poste médical. — Une commune de 3,000 habitants, station de chemin de fer, demande un médecin. Il y a un bureau de bienfaisance et une Société de secours mutuels qui donnent, croit-on, 2,000 francs de fixe au médecin. Celui-ci peut, dit-on, gagner facilement de 10 à 12,000 francs par an. — S'adresser au bureau du Journal.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Endrométrite et curage

Par L.-G. Richelot.

Il est bon que ceux d'entre nous qui ont une assez longue habitude du curage utérin disent leur opinion à propos du mémoire que M. Bouilly vient de présenter à la Société de chirurgie.

Avant l'année 1889, j'avais fait seulement une vingtaine de curages simples ou accompagnés d'une opération plastique sur le col. Dans cette première série, comme dans la suivante, je n'ai pas eu le moindre accident, et j'ai acquis promptement la certitude que l'opération bien faite est d'une innocuité absolue.

Depuis que j'ai le service de l'hôpital Tenon, c'est-à-dire depuis le 1er février 1889, j'ai continué à user de ce traitement, et je pense aujourd'hui qu'il est bien difficile de trouver une méthode qui puisse donner, dans les mêmes cas, des résultats plus heureux et plus constants. Les courtes réflexions qui suivent s'appuient principalement sur cette nouvelle série, qui forme une statistique de 51 observations recueillies dans l'espace d'un an, et relatives à des métrites muqueuses, muco-purulentes ou hémorrhagiques.

Presque toutes nos malades, y compris celles de la première série, sont restées longtemps ou sont encore en observation. Celles que j'ai perdues de vue ont été examinées, sauf un très petit nombre, pendant plusieurs mois après mon intervention; celles de 1889 sont toutes sous ma main. De telle sorte que, si je mets à part une dizaine de disparues, la guérison est acquise et ancienne pour le plus grand nombre, déjà assurée pour quelques-unes, et les insuccès, complets ou relatifs, sur un total de 70 cas environ, se résument dans une catégorie de 17 malades affectées de lésions péri-utérines, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure.

Quant au manuel opératoire, je crois, avec M. Terrier, qu'il est quelquefois nécessaire, et toujours bon, de faire durer plusieurs jours la dilatation préalable; étant poussée très loin, elle amène une détente favorable, elle permet une exploration complète de la cavité, elle facile la manœuvre, qu'on fait souvent trop sommaire, en négligeant le fond de l'utérus et l'orifice des trompes. Mais j'avoue que, dans la pratique, je me contente souvent de trois laminaires, et même de deux; il arrive qu'on est mis en demeure de ne pas différer l'opération principale, et, dans les cas simples, on peut céder sans inconvénient. Il m'a semblé, d'ailleurs, que toutes les formes de curette convenaient également bien; le tout est de savoir ce que doit être la manœuvre intra-utérine.

Il y a des médecins, et même des chirurgiens, qui mettent le spéculum,

introduisent sans préparation la curette de Récamier, parce qu'elle est plus mince que les autres, la tournent trois ou quatre fois dans l'utérus, écorchent un peu la muqueuse et se retirent satisfaits.

J'insiste sur la durée du grattage. L'utérus étant abaissé avec une pince à tractions, il faut passer plusieurs fois sur tous les points, en suivant un ordre méthodique et en n'oubliant pas la forme de la cavité. Il faut regarder ce qu'on enlève, continuer tant qu'on ramène des lambeaux de muqueuse et s'arrêter quand il ne sort plus rien ou quand on voit au bout de la curette une parcelle musculaire. Je me rappelle toujours une malade que j'opérais l'année dernière à Tenon, quand on vint m'annoncer qu'une pauvre tétanique de la salle avait une attaque violente, ce qui me fit abandonner la curette et la confier à un de mes internes. L'opération fut achevée par une main très soigneuse, mais encore jeune dans la pratique; le catarrhe muco-purulent continua. Quinze jours plus tard, ne voyant aucune autre cause d'insuccès, je recommençai la manœuvre, et, cette fois, l'utérus devint sec et la malade guérit parfaitement.

Faut-il gratter le col avec énergie, comme l'a dit M. Terrier? J'avoue que, pour les mêmes raisons que lui, c'est-à-dire à cause des glandes cervicales, de la profondeur des lésions et de la ténacité du catarrhe, je fais plutôt l'inverse. Mais entendons-nous bien : si je n'insiste pas sur le grattage du col, c'est parce qu'il est ou sain ou *incurable*. Quand il est petit et rose, je ne vois rien de particulier à faire dans la cavité cervicale. Si, au contraire, il y a une métrite invétérée du col, on a beau le gratter, sa muqueuse épaisse et anfractueuse adhère solidement, la curette écorche le tissu sans ramener de lambeaux, c'est une manœuvre absolument insuffisante. J'ai pu le démontrer aux élèves de mon service en ouvrant un utérus que je venais d'enlever par l'hystérectomie vaginale : la muqueuse du corps se laisse abraser facilement sur tous les points, en quelques instants la curette a mis à nu la paroi musculaire; mais essayez sur le col, et vous verrez la résistance. Aussi n'hésité-je pas, s'il y a une grosse métrite cervicale, à joindre au curage l'opération d'Emmet ou celle de Schrœder. On admet trop facilement que ces cols hypertrophiés n'ajoutent rien à la maladie; on dit trop vite qu'il n'y a « rien au col ». Beaucoup d'insuccès du curage tiennent sans doute à ce qu'on l'a fait tout seul, en négligeant la métrite cervicale; pour un grand nombre de métrites, le meilleur traitement est la combinaison du curage et de l'opération plastique. Je trouve, dans mes 51 observations de l'année dernière, 19 curages simples et 32 avec opération de Schrœder ou d'Emmet.

Je fais toujours, en terminant, le badigeonnage de la cavité utérine avec la glycérine créosotée, et j'y place un crayon d'iodoforme. Tampons iodoformés dans le vagin pendant quatre ou cinq jours, puis lavages avec le sublimé. La malade se lève au bout de huit jours après le curage simple, ou deux semaines s'il y a eu résection du col.

Je n'ai pas peur des injections; mais, ici encore, il faut s'entendre. Une injection est antiseptique ou elle ne l'est pas; si, pendant la période opératoire, quelques jours après un avivement de la cavité utérine ou une suture du col, vous permettez à la malade de s'introduire, dans le vagin, de l'eau de guimauve, de l'eau de feuilles de noyer ou même de l'acide borique, avec une canule sale, évidemment elle peut se réinfecter. Mais le sublimé a la prétention de détruire les germes; ce qu'on trempe dans le sublimé est aseptique par définition, et je ne vois pas comment une canule

portant du sublimé sur le col peut être une cause d'inoculation. Je crois, certes aux infections secondaires; une malade, bien guérie de sa métrite, peut en contracter une seconde, si elle accouche de nouveau ou s'expose à certains virus; mais peut-elle retomber malade parce qu'elle se lave quand elle est rentrée chez elle, et les injections « de propreté » sont-elles si funestes? Je pense qu'il est excessif de les représenter ainsi. En tout cas, celles que prescrit le chirurgien, avec un agent efficace comme le sublimé, réalisent facilement l'antisepsie vaginale, après l'opération comme avant, et je les crois utiles.

Le curage doit échouer le plus souvent, sinon toujours, quand il y a des lésions prononcées des annexes. Mais, dans le cas de lésion récente et peu grave, de salpingite catarrhale à parois minces? Impossible de dire à quel moment précis la trompe malade peut encore être heureusement influencée par la guérison de la métrite, c'est-à-dire, en somme, par la guérison du foyer d'où part l'infection qui aboutit aux annexes; mais n'est-ce pas admissible et conforme à tant de faits cliniques observés dans d'autres régions? Il m'est impossible de repousser les exemples donnés par M. Trélat et par d'autres auteurs; les faits sont peu nombreux, mais ils ne sont pas niables. Et j'ajoute qu'il est utile de les connaître et de ne pas les accueillir avec trop de scepticisme; car on peut avoir besoin d'y croire un peu et de tenter la chance sur ce terrain. A l'hôpital, on fait ce qu'on veut; mais, à certaines femmes, il est difficile de prouver qu'elles ont déjà des lésions qui obligent à leur ouvrir le ventre. Il est bon de pouvoir commencer le traitement d'une métrite autrement que par la laparotomie. Sur les « métrites simples » que nous guérissons, j'imagine qu'un certain nombre n'étaient pas sans quelque lésion obscure de voisinage. Si nous arrivons trop tard, si la complication marche de l'avant et fait échouer nos premiers efforts, nous avons perdu seulement quelques semaines ou quelques mois, mais nous avons gagné de faire comprendre à la malade la nécessité d'une intervention décisive.

Cela dit, je reconnais qu'il y a loin de ces tentatives réservées, et quelquefois heureuses, aux traitements irréfléchis qu'on propose souvent de la façon la plus banale à toute femme qui souffre et a des pertes blanches, sans avoir un instant l'idée de rechercher l'état des annexes. Il m'est arrivé plusieurs fois de reconnaître au premier examen la nécessité d'une laparotomie chez des femmes à qui on avait présenté le curage comme le remède infaillible. Il faut bien savoir que, si le traitement de la cavité utérine modifie quelquefois certains foyers aigus ou subaigus de périmétrite, il ne peut rien, en général, contre les lésions établies et progressives; là-dessus mon expérience personnelle ne diffère pas de celle de mes collègues. Les 17 cas dont j'ai parlé tout à l'heure comme étant des insuccès du curage étaient des métrites compliquées de lésions tubaires ou ovariennes : 3 malades, d'abord améliorées, restent souffrantes parce qu'elles ont refusé la laparotomie; 14 ont subi secondairement l'ablation des annexes. Or, ces dernières prêteraient à une analyse intéressante. Une d'elles, après une opération simple et bénigne, a été prise de tétanos au douzième jour; c'est un de mes désastres les plus cruels dont je vous ai déjà entretenus. Sur les 13 autres, je compte 9 guérisons facilement obtenues; 2 névropathes, chez lesquelles l'ablation des ovaires n'a pas d'abord paru plus triomphante que le curage lui-même, mais qui ont fini par se calmer tout à fait et par être enchantées de leur sort; 2 enfin qui ont eu un

retour de douleurs et de catarrhe utérin. Chez l'une, j'ai fait un nouveau curage, puis une dilatation prolongée, énorme, suivie du tamponnement intra-utérin et de badigeonnages créosotés. La seconde est en train de subir un traitement analogue, et sa guérison n'est pas moins certaine.

En effet, ce reste de catarrhe et de douleurs après la castration ovarienne disparaît avec des soins, ou même spontanément; si bien qu'en présence d'une maladie avérée des annexes obligeant à ouvrir le ventre, il est inutile de se préoccuper des écoulements utérins. Le traitement préalable de la métrite est le plus souvent de nulle valeur; le catarrhe résiste à la curette avant l'opération; après elle, il cède facilement. Témoin, entre autres exemples, une danseuse de l'Eden qui avait les annexes très malades, et en même temps un gros col béant et du muco-pus en abondance; j'enlevai les trompes et les ovaires sans m'occuper de l'utérus; à peine relevée de l'opération, le col revenait sur lui-même, les pertes blanches disparaissaient et, quelques mois plus tard, la danseuse reprenait son métier fatigant.

Vous voyez que les 17 malades qui n'ont retiré du curage aucun bénéfice durable avaient des lésions tubo-ovariennes. Je pourrais dire, en mettant à part les quelques disparues sur lesquelles je n'ai pas de renseignements suffisants, que le curage bien fait et bien indiqué réussit à peu près toujours, et que la vraie cause des échecs est la présence des complications pelviennes de la métrite. Il ne faut donc pas l'appliquer à tort et à travers, car il est presque toujours insuffisant contre les maladies avérées des ovaires et des trompes. Je le dis à mon tour d'autant plus volontiers que cette affirmation ne risque plus de le discréditer. Si j'en crois les jugements qui viennent d'être émis sur son compte à la Société de chirurgie, il est bien établi que le curage amène la guérison complète et définitive de nombreuses métrites, qui sont des métrites simples et justiciables d'une intervention localisée à l'utérus. Il me paraît même que nous venons d'obtenir, sur ce point, une concession importante : notre excellent collègue Championnière a bien voulu dire que, présenté avec mesure, le curage était une opération permise, et qu'après tout il n'en était pas l'ennemi irréconciliable. N'est-ce pas lui, cependant, qui a écrit dans un récent travail (1) : « On doit inaugurer une ère toute nouvelle dans les maladies *dites utérines*... On pourrait presque poser en principe que, lorsqu'une femme a des *douleurs vives*, elle est atteinte de quelque affection autre qu'une *lésion utérine*... » N'est-ce pas lui qui, négligeant le traitement local de la métrite, et affirmant qu'une opération faite sur l'utérus ne donne jamais que des résultats temporaires, conseillait de faire d'emblée la laparotomie, d'aller droit aux ovaires, de les enlever s'ils sont malades, et de se contenter, si on les trouve en bon état, de les remettre à leur place, de rompre quelques adhérences dans les profondeurs pelviennes?

La conclusion que je tire pour aujourd'hui de la discussion soulevée par M. Bouilly, c'est que le curage utérin est excellent, à la condition d'être bien fait et suivant des règles précises; qu'il a des applications fréquentes et donne la guérison vraie des métrites simples; enfin, qu'en présence des altérations nettement établies et progressives des ovaires et des trompes, s'il a quelques succès remarquables, inespérés, qui empêchent de le proscrire toujours, d'une façon générale on ne doit pas compter sur lui.

(1) J. Lucas-Championnière, *Ovarite-salpingite-adhérences*, Journal de méd. et de chir. pratiques, août 1889.

REVUE TRIMESTRIELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (1).

Étude sur les variétés postérieures de la présentation du sommet, par le docteur BATAILLARD. (*Ann. de Gynécol.*, août 1889). — Le travail du docteur Bataillard fait preuve de nombreuses recherches statistiques; il est intéressant et on ne peut guère reprocher à l'auteur de ne pas être encore un clinicien rompu au métier.

Contrairement à l'opinion des anciens auteurs, dans l'immense majorité des cas, la terminaison est identique dans les variétés antérieures et postérieures de la présentation du sommet. Sur 400 cas d'occipito postérieures (les recherches ont été faites à la maternité de Lariboisière), 353 fois la terminaison a été spontanée après réduction en occipito pubienne. Et comparativement, 660 occipito antérieures ont fourni 634 occipito pubiennes dégagées spontanément.

Chez les primipares, quand l'enfant pèse de 2,500 à 3,000 grammes, la durée moyenne du travail est de deux heures plus longue dans les postérieures que dans les antérieures. Quand l'enfant pèse de 3,000 à 3,500 grammes, la différence est de près de trois heures et demie à l'avantage des antérieures. C'est l'inverse qu'on observe chez les multipares : plus l'enfant est gros, plus le laps de temps à l'avantage des antérieures est court. Il n'est que de trente minutes, *d'après cette curieuse statistique*, lorsque l'enfant pèse de 3,000 à 3,500, et il reste de deux heures quand l'enfant pèse de 2,500 à 3,000 grammes.

La prolongation de l'accouchement dans le cas d'occipito postérieure porte sur la période de dilatation. Les causes de ce retard sont d'abord la flexion incomplète de la tête qui est de règle dans les occipito postérieures et qui se reconnaît à la facilité avec laquelle on atteint la fontanelle antérieure.

Lorsque la flexion tend à s'accomplir, la tête ne séjourne pas indéfiniment dans le diamètre oblique du bassin. Elle s'installe dans le diamètre transversal (Lachapelle) où elle est maintenue par un œdème considérable de la lèvre antérieure du col, qui forme cale (Pinard).

Le praticien qui constate une occipito postérieure doit avoir pour règle une sage temporisation.

La dilatation étant complète, le docteur Bataillard conseille, à l'exemple de la plupart des accoucheurs, une expectation de deux heures et se contente de surveiller le battement du cœur fœtal. Il n'est pas partisan de la réduction, dite manuelle ou digitale, qui consiste à ramener avec la main (Playfair, pression exercée de bas en haut sur le frontal pour augmenter la flexion d'où dépend la rotation) ou avec un doigt (Tarnier, pression exercée derrière le pavillon de l'oreille, au moment d'une contraction, avec un doigt que l'on ramène vers le pubis).

Le docteur Bataillard pense que ces manœuvres peuvent déterminer, dans certains cas, la rotation de l'occiput en arrière.

L'application de forceps étant nécessaire, il importe de ne pas oublier que cette opération est dangereuse lorsque les cuillers ne sont pas régulièrement placées, c'est-à-dire n'emboîtent pas les joues et les pariétaux. J'ajoute que les cuillers doivent être introduites assez profondément pour que le bec ne contonde pas les tissus et les organes sous-jacents.

M. Bataillard me fournit l'occasion de revenir sur un article que j'ai publié jadis dans ce journal (*Application du forceps*), de le compléter et de rendre service, je l'espère, à quelques lecteurs de l'*Union*. Je saisis cette occasion avec empressement.

Lorsque j'enseignais à l'École pratique ou dans mes cours particuliers de la clinique, j'avais l'habitude de diviser la leçon sur le forceps de la façon suivante : Je faisais d'abord l'enseignement théorique et expérimental à l'aide d'un mannequin. J'appelais cette série de leçons, à la fois théorique et pratique, « la didactique du forceps » ; quand elles étaient terminées, je disais aux élèves : « Ce que nous venons d'étudier, c'est l'A. B. C.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

du forceps; si vous ne le possédez pas à merveille, vous opèrerez toujours au hasard, ce sera l'instrument qui vous conduira et non vous qui le conduirez; *mais même si vous possédez sur le bout du doigt cet A. B. C., ne vous figurez pas que vous êtes devenus d'emblée de bons opérateurs. Un mannequin ressemble au bassin de la femme vivante comme une cornue ressemble à l'estomac. Il n'y a entre eux que des analogies. Il vous reste à apprendre la pratique du forceps sur le vivant. Ce n'est pas moi qui vous l'apprendrai. On l'apprend avec les années et le nombre des opérations; mais je puis vous dire ce que je sais moi-même sur ce sujet et vous montrer les grosses différences qui existent entre le mannequin le plus perfectionné et la nature. Etudions-donc le forceps au point de vue clinique.* »

De toutes les applications de forceps, la plus difficile est sans contredit l'application en occipito postérieure droite ou gauche, en clinique, car sur le mannequin elle est aussi aisée qu'une application antérieure ou directe. Elle est plus difficile qu'une application au détroit supérieur, parce que la tête est souvent fixée, enclavée. La mobilité de la tête peut être un obstacle à sa saisie, si l'opérateur est mal secondé, mais elle facilite la mise en place des cuillers et l'introduction de la main qui, seule, les guide sûrement. Or, dans les occipito postérieures ou dans les transversales consécutives aux occipito postérieures, la tête est immobile et de plus parfois inclinée sur un pariétal. En pareil cas, il ne faut pas croire, comme on l'a malheureusement enseigné, que la tête se placera d'elle-même en bonne posture dans les cuillers de l'instrument. On ne peut compter sur cette complaisance de la nature. Il faut que d'emblée les cuillers soient placées et maintenues sur les régions pariéto-malaires et qu'elles soient profondément introduites de façon que leurs becs ne contondent pas la région fœtale. Il n'y a pas de bonne opération si la prise n'est pas tout à fait régulière ou à peu près régulière. L'enfant dont la tête est saisie de la face à l'occiput ou obliquement (cas fréquent dans les occipito postérieures), d'une bosse frontale à la partie correspondante de l'occipital, ou dont les tissus sont contus par les becs du forceps, est exposé soit à la mort, soit à des lésions de gravité diverse.

Sur le mannequin, on enseigne et on doit enseigner, à mon avis, dans les occipito postérieures, à placer les branches du forceps de la façon suivante : Dans l'occipito postérieure droite, le diamètre bi-pariétal occupant le diamètre oblique droit du bassin, les cuillers seront placées aux deux extrémités de ce diamètre, d'abord parce que l'instrument est fait pour saisir la tête par les pariétaux et les joues, ensuite parce que le diamètre bi-pariétal, étant plus petit que le diamètre du bassin occupé par lui, il existe aux deux extrémités de ce diamètre, symphyse sacro-iliaque gauche, éminence ilio-pectinée droite, deux vides (Pinard) dans lesquels les cuillers s'insinuent aisément.

On commence toujours par la branche postérieure, qui est mise à plat sur la symphyse sacro-iliaque. Donc, dans les occipito postérieures droites, la branche *gauche*, introduite la première, est placée sur la symphyse *gauche*. Dans les occipito postérieures gauches, la branche *droite*, introduite la première, est placée sur la symphyse droite. L'autre cuiller, introduite en arrière, est ramenée au-devant de l'éminence ilio-pectinée correspondante par le mouvement de spire de Mme Lachapelle. L'instrument articulé a ses manches obliquement dirigés, et plus ou moins inclinés vers l'une des cuisses.

Placé de cette manière, l'instrument au moment de l'extraction, rotation faite en occipito pubienne, se trouve sens dessus-dessous, ce dont le mannequin lui-même souffre quand l'enfant est gros (déchirure du caoutchouc). On peut donc faire des restrictions sur cette opération pratiquée *in anima vili*. On les a faites, on a conseillé d'enlever l'instrument après rotation et de faire une seconde application, directe. On rend ainsi l'extraction plus facile, mais on ne remédie pas au grand mouvement de rotation exécuté avec un instrument dont la courbure ne correspond plus à la courbure pelvienne. On a conseillé aussi de faire la rotation en occipito sacrée, et d'extraire de cette façon, extraction parfois pénible et dangereuse; on peut faire mieux.

Lorsque le fœtus n'était pas trop gros, je priais un élève, la tête étant en occipito postérieure droite, de placer la branche droite la première sur la symphyse sacro-iliaque droite. L'élève protestait; la saisie, disait-il, serait irrégulière, la tête serait prise du front à l'occiput, ou dans leur voisinage.

L'instrument étant introduit comme je l'avais demandé, et articulé, je faisais d'abord

remarquer à l'élève que la saisie était bi-pariétale à en juger par l'écartement des manches. Ouvrant alors le mannequin, je montrais la tête saisie en effet régulièrement; mais la position n'était plus occipito-postérieure, elle était transverse ou antérieure. Que s'était-il passé ? Avec sa main gauche introduite derrière l'occiput, sur la symphyse droite, l'opérateur avait déplacé cette tête, grâce à sa mobilité; la position s'était transformée et, dès lors, l'introduction de la branche droite la première s'était imposée. Je rappelle ici la règle didactique : O I G A, O I D P branche gauche la première; O I D A, O I G P branche droite la première. Pour les transverses, on se conduit comme pour les antérieures.

L'opérateur s'était donc conduit avec méthode, et de la transformation en occipito-antérieure était résulté le grand avantage pour la rotation et l'extraction de la concordance des courbures de l'instrument avec la courbure pelvienne. Le forceps, après rotation, n'était pas sens dessus-dessous.

Je demandais à l'élève quelle conclusion il tirait de son opération. Supprimant du coup les positions postérieures, il répondait qu'il fallait les transformer en transversales ou en antérieures, mais qu'il ne comprenait pas pourquoi on conseillait une application spéciale et forcément défectueuse pour les postérieures, puisque cette transformation non seulement était possible, mais se produisait d'elle-même sous la pression de la main et de l'instrument, la tête se plaçant d'elle-même entre les cuillers. Alors je prenais un gros fœtus dont j'enfonçais péniblement la tête mal fléchie et inclinée sur un pariétal dans un bassin trop juste proportionnellement ; je la maintenais en appuyant des deux mains sur les parois du ventre, et je disais à l'élève d'opérer comme précédemment.

Or, il lui était impossible de placer les cuillers. Alors je lui demandais de recommencer l'opération en respectant l'enseignement didactique, c'est-à-dire en commençant par la branche gauche pour les D P et par la branche droite pour les G P. De cette manière l'opération devenait non pas facile, mais possible. L'élève en concluait que la didactique avait été bien raisonnée, et que, si schématiques que fussent les règles, elles n'avaient pas une valeur aussi approximative qu'il l'avait cru d'abord.

Les règles didactiques du forceps ont toujours été l'objet de mon admiration. J'en ai vu faire la démonstration pour la première fois parle docteur Pinard, qui les a détaillées dans son article du *Dictionnaire Encyclopédique*, puis par le docteur Budin, le docteur Ribemont et d'autres encore. La même méthode avait été suivie par le docteur Bar lorsqu'on fit les premières manœuvres obstétricales à la Faculté sous la direction du professeur Farabeuf.

Ces règles constituent, à mon sens, une belle synthèse ; mais il faut les prendre pour ce qu'elle sont, pour un schéma indispensable à la compréhension du forceps ; il ne faut pas, comme l'ont fait quelques accoucheurs et comme je l'ai fait moi-même, analyser ce qui se passe dans le mannequin et de ces réalités expérimentales conclure à des réalités cliniques.

Nous venons de voir, que, *sur le mannequin*, les occipito-postérieures peuvent être réduites en transversales ou antérieures, *les conditions nécessaires existant*, c'est-à-dire la flexion complète ou tout au moins, une flexion qui tend à se compléter, et la mobilité de la tête, et qu'il a par conséquent avantage, en pareil cas, à commencer par la branche droite pour les O I D P et par la branche gauche pour les O I G P; voyons s'il en est de même sur la femme vivante.

Quelquefois, pas toujours.

Le docteur Loviot a publié un mémoire sur la question, il affirme que la tête tourne *toujours* sous la main ou sous la pression de la cuiller, et que, par conséquent, il faut appliquer la branche droite la première pour les O I D P. Après avoir lu ce mémoire, j'ai publié à son sujet un article dans l'*Union*. Le docteur Loviot, à mon sens, avait eu le tort de généraliser un fait fréquent. Non, la tête ne tournait pas toujours. Il était dangereux d'enseigner aux médecins à placer le forceps dans les positions postérieures comme on le place dans les antérieures. Ils risqueraient, dans les cas où la rotation ne se fait pas, de saisir mal la tête ou de déterminer la réduction en occipito-sacrée.

Malgré cette conviction personnelle, j'ai essayé la méthode du docteur Loviot, contre toute logique, je l'avoue; mais la clinique déroute parfois la logique, et je voulais en avoir

le cœur net. Or, la clinique était du côté de la logique. Le docteur Loviot avait dit : La tête tourne *toujours* sous la pression de l'instrument si la main ne suffit pas. Donc, dans deux cas où la tête était irréductible avec la main, j'ai appliqué la cuiller droite la première, il s'agissait de position droite. Dans l'un des cas, l'enfant a été extrait vivant, mais avec peine, en occipito-sacrée; dans l'autre, il est mort de contusions produites par l'application irrégulière de l'instrument. Dans un troisième cas semblable, n'osant plus risquer une manœuvre que la logique et la clinique condamnaient à mes yeux, j'ai appliqué le forceps suivant la règle didactique, c'est-à-dire branche gauche la première (O I D P). L'enfant était mort lorsque j'opérai, mais l'application était régulière. L'opération fut terminée en une seule application de l'instrument, qui sortit par conséquent des voies génitales sens dessus-dessous.

Résumant mes opinions sur le sujet, je dirais que, lorsqu'une occipito-postérieure réclame dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant une intervention, trois cas peuvent se présenter :

1° La tête est bien fléchie, mobile ; la main introduite la réduit facilement. Il faut donc opérer comme pour les antérieures et appliquer la branche droite la première pour les positions droites, la branche gauche pour les positions gauches. Ces cas sont rares, ou du moins il est rare qu'on ait à intervenir, l'expulsion spontanée étant de règle sans aucune prolongation de travail. C'est du moins ce que j'ai observé, et la statistique du docteur Bataillard confirme mon opinion.

2° La tête est incomplètement fléchie, ce qui se reconnaît à la facilité avec laquelle on atteint la fontanelle antérieure ; elle est immobile, souvent inclinée sur l'un des pariétaux et elle occupe le diamètre oblique du bassin. Il faut opérer suivant la règle didactique qui seule peut permettre la saisie régulière. On commencera donc par la branche gauche pour les positions droites et par la droite pour les positions gauches. La rotation sera faite avec une grande douceur, le forceps extrait sens dessus-dessous ou retiré quand la réduction en position antérieure sera effectuée, pour être réappliqué branche droite la première. Il ne faut pas craindre de resuturer et réappliquer plusieurs fois le forceps. Cela est sans danger pour la mère, si l'accoucheur est aseptique et prudent. Il ne faut pas dire non plus que cela fait mauvais effet sur l'entourage. Cela fait meilleur effet que de tuer un enfant en saisissant irrégulièrement sa tête.

3° La tête a ébauché la réduction en avant et s'est arrêtée dans le diamètre transverse. Comment faut-il appliquer le forceps ? La didactique dit : Dans les positions transversales on opère comme dans les antérieures. On commence par la branche droite pour les positions droites, par la gauche pour les positions gauches.

J'ai montré que sur le mannequin, on ne rencontrait aucune difficulté, la tête se plaçant d'elle-même d'emblée dans les cuillers en position antérieure. Sur la femme vivante, il n'en est pas ainsi, la tête, incomplètement fléchie, souvent inclinée sur l'un des pariétaux comme dans les occipito-postérieures, est pour ainsi dire *calée* dans le diamètre transverse, expression du professeur Pinard qui explique cet arrêt par l'œdème de la lèvre antérieure du col. Je crois que l'inclinaison sur les pariétaux, qui empêche la flexion sans laquelle la rotation ne se fait jamais, est aussi l'une des causes de cet arrêt; enfin, quelle que soit l'explication, le fait est fréquent. Il faut donc savoir se conduire en pareil cas.

On doit commencer par la branche droite pour les positions droites, par la branche gauche pour les positions gauches et placer la première dans la concavité du sacrum, la seconde derrière la symphyse du pubis. Voilà ce que commande la logique en clinique.

Cela est possible, *à condition* d'introduire la main qui guide la première cuiller jusqu'à l'oreille du fœtus (professeur Pinard). Dans la plupart des cas il est nécessaire, pour cela, que toute la main, poignet compris, soit introduite. La cuiller est laissée à plat dans la concavité du sacrum. Le docteur Pinard dit sur la région pré-auriculaire. La cuiller est *solidement* maintenue par un aide et l'opérateur retire sa main. Il introduit la main opposée par dessus la cuiller qui est en place. Sur cette main glisse la seconde cuiller comme si elle devait rester aussi dans la concavité du sacrum ; mais le mouvement de spire de M[me] Lachapelle l'a conduite en un point diamétralement opposé, c'est-à-dire derrière la symphyse du pubis, devant l'oreille antérieure.

Est-ce facile? Non. L'opération exige la sûreté de main indispensable, d'excellents aides, une femme docile ou chloroformée, des tissus génitaux de bonne qualité et surtout le refoulement et le redressement de la tête. *Toute l'opération est dans l'introduction de la main*, et je crois que celle-ci ne sert pas seulement à reconnaître l'oreille et à conduire sur elle ou en avant d'elle la cuiller, mais à mobiliser, à redresser, à fléchir même la tête, que l'accoucheur le veuille ou non. La main est, en pareil cas, non seulement un guide éclairé pour la cuiller, mais un instrument aveugle de redressement et de mobilisation.

En somme, je vois plus de complications que M. Bataillard dans les positions postérieures, c'est-à-dire que je les vois tantôt simples et comparables aux antérieures, tantôt grosses de difficultés. Je crois que les applications de forceps, en pareil cas, peuvent être fort difficiles. M. Bataillard sera plus tard de mon avis. Même entre les mains les plus adroites, la saisie parfaitement régulière, la prise idéale, par les pariétaux et les joues, restera quelquefois un mythe. *N'oublions pas qu'on ne saisit pas la tête seulement comme on veut, mais comme le bassin, l'instrument et la tête elle-même le veulent*. Cela n'ôte rien, bien entendu, à l'excellence des principes donnés plus haut. Plus on s'en rapprochera, plus on aura de chances de se rapprocher de la saisie idéale.

Pour terminer, j'expliquerai en quelques mots comment le forceps blesse l'enfant et peut causer sa mort. Le forceps blesse et parfois tue le fœtus par la compression de ses becs recourbés. Il importe que les becs dépassent la voûte crânienne; le forceps doit donc être introduit à une grande profondeur, aspiré par l'utérus (Pajot). Idéalement, les becs doivent être sur les joues, mais il suffit d'une flexion incomplète pour rendre cet idéal chimérique. La cuiller postérieure ne contond presque jamais le fœtus. La cuiller antérieure, au contraire, est toujours contondante dans les applications postérieures parce que, avec l'instrument le plus parfait et le mieux dirigé, cette cuiller forme un levier dont la résistance est derrière les os pubicus et qui a son point d'appui sur la région fœtale en contact avec la cuiller. Le genre du levier est discutable, mais non son existence. De là l'unilatéralité (Poulet, de Lyon) des blessures causées par le forceps.

J'en ai fini. Je crois donc, contrairement à M. Bataillard, que les règles didactiques du forceps doivent être conservées, mais corrigées par la clinique et que l'application de cet instrument, la tête étant en position postérieure ou transversale, mal fléchie, peu mobile, plus ou moins inclinée sur l'un des pariétaux, est une opération redoutable, dont le succès ne dépend pas seulement de l'adresse et de la prudence du praticien; mais j'ajoute que ces deux qualités, jointes à *une connaissance approfondie des règles didactiques et à l'expérience clinique*, permettent de la mener à bien dans des cas fort difficiles. H. Stapfer.

BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire de pathologie générale, comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique, par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis, — avec 121 figures intercalées dans le texte. *Troisième édition*, revue et augmentée. (Première partie.) — J.-B. Baillière, 1890.

Quand nous avons rendu compte du *Traité de pathologie générale* de M. Hallopeau, lors de son apparition, nous avions bien prédit son succès; il venait combler une lacune. Aucune publication de ce genre n'avait été faite depuis que le triomphe de la doctrine pastorienne était venue modifier si complètement l'orientation de la médecine.

Le grand mérite de l'auteur est d'avoir compris que, désormais, la place la plus large devait être faite à l'étiologie et à la pathogénie parasitaires, et d'avoir soigneusement colligé toutes les acquisitions de la science à ce point de vue au fur et à mesure qu'elles étaient réalisées.

Le public se doute à peine du mal infini que doit se donner l'auteur d'un tel livre, à notre époque, pour le tenir au courant quand les éditions s'en succèdent si vite. C'est une raison de plus pour que les initiés portent témoignage de la grandeur et de l'utilité

de ce labeur. Ceux qui ont acquis les éditions précédentes ne pourront se dispenser d'y oindre celle-ci, et la comparaison des trois exemplaires leur enseignera éloquemment quelle place de plus en plus large tient la classe des causes animées dans l'étiologie générale des maladies. Une fois de plus, nous félicitons notre maître et éminent collaborateur de l'éclatant succès de son livre. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Curettage de l'utérus. — Opération d'Alexander.

A propos du procès-verbal, M. Richelot insiste sur ce point qu'une femme atteinte de métrite simple peut souffrir de douleurs abdominales.

M. Lucas-Championnière maintient son dire et regarde les affections utérines comme non douloureuses. Les douleurs indiquent une altération des annexes.

M. Terrier faisait d'abord souvent l'amputation du col; actuellement, il y a recours plus rarement pour éviter les atrésies possibles.

Pour M. Richelot, au contraire, l'atrésie n'est pas fréquente après l'amputation du col; quand elle se produit, il est très facile de la combattre par la dilatation.

M. Trélat soutient que les maladies utérines sont douloureuses par elles-mêmes. L'endométrite a ses douleurs propres qui permettent de faire le diagnostic. Le curettage peut agir sur certaines salpingites douloureuses. Cette opération étant de beaucoup la moins grave à diriger contre ces états, il faut commencer par elle, bien qu'elle échoue habituellement si les salpingites sont anciennes. Sauf indications pressantes, il faut traiter l'endométrite avant d'extirper les annexes.

— M. Terrillon lit un rapport sur une observation de M. Lagrange relative à un cas d'*opération d'Alexander pour rétroversion utérine*. Il y avait, dans le fait de M. Lagrange, l'indication nette de l'Alquié-Alexander, la mobilité de l'utérus. Ce dernier fut fixé de chaque côté par plusieurs points de suture au catgut unissant les ligaments ronds et les piliers. La malade fut examinée cinq mois après l'opération et la guérison se maintenait; il y avait même une antéversion assez prononcée. L'auteur n'a pas conseillé l'usage de pessaires ni de tampons; M. Terrillon pense que c'est là une faute. D'autre part, cinq mois ne suffisent pas pour annoncer une guérison définitive; on a vu l'utérus retomber au bout de onze mois.

M. Terrillon rapporte une observation personnelle suivie d'échec qui ne pouvait pas être dû à l'insuffisance de la suture.

M. Trélat a fait trente-sept ou trente-huit fois l'Alexander. Il n'a pas vu d'échec survenu longtemps après l'opération. Ceux qui se produisent pendant les premiers mois tiennent à la rupture des ligaments amincis. Dans tous les cas, il faut enlever 10 à 12 centimètres de ligament. Le procédé de suture de Segond est avantageux : il fait un nœud passant par une boutonnière des piliers.

Pour M. Bouilly, les récidives après l'Alexander dépendent souvent de l'état du plancher pelvien. La périnéorrhaphie ou la colpopérinéorrhaphie sont souvent nécessaires pour assurer le résultat cherché.

M. Schwartz considère l'Alexander comme une bonne opération, quand l'utérus est mobile et réductible; il emploie de préférence les fils de soie pour les sutures.

Malgré l'emploi du nœud de Segond, malgré un raccourcissement du ligament de 10 à 12 centimètres, M. Le Dentu a eu un échec en moins de deux mois. Cependant la rétroflexion et ses accidents disparurent sous l'influence d'une grossesse. Dans deux

autres cas, il a obtenu des guérisons qui datent actuellement de quatre mois et douze mois. Il est bon de fixer le ligament au périoste de l'épine du pubis.

M. Terrillon attache une grande importance, pour le résultat final, à l'intégrité du périnée.

M. Brun rapporte une observation de *cystite douloureuse ancienne* contre laquelle il dut pratiquer la taille vésico-vaginale. La couche musculaire de la vessie était très épaisse et la muqueuse peu mobilisable. On dut donc se contenter de quelques points de suture unissant la vessie au vagin. Six mois plus tard, on put réunir les deux muqueuses l'une à l'autre.

Cependant, quelques mois après, une urétérite et une néphrite purulentes droites qui existaient dès le début prirent un grand développement. M. Brun essaya d'arriver sur le rein par la région antérieure de l'abdomen, mais ne put débarrasser la partie supérieure de l'organe de ses adhérences. Il fit alors de suite l'incision lombaire classique et put extirper le rein. Une petite fistule disparut avec l'enlèvement de quelques fils de soie, et, enfin, la fistule vésico-vaginale fut fermée. La malade est guérie.

M. Terrier lit la statistique des opérations faites à Bichat en 1889 : 448 opérations ont donné 37 morts.

M. Monod montre une articulation scapulo-humérale dont la capsule est ossifiée.

Prix proposés pour 1890 et 1891 :
Prix Demarquay (1891) : « Cure radicale des calculs biliaires. »
Prix Gerdy (1891) : « Traitement chirurgical des hernies ombilicales. »
Prix Laborie : « Opérations pratiquées sur le squelette du pied comme traitement du pied-bot congénital. »

FORMULAIRE

Prises contre la dyspepsie. — Dujardin-Beaumetz.

Maltine..................................	1 gramme.
Bicarbonate de soude pulv.............	1 —
Magnésie calcinée.......................	2 grammes.
Sucre blanc pulv.........................	10 —

Mêlez avec soin, et divisez en 20 prises. — Une prise après chaque repas. — N. G.

COURRIER

Académie de médecine. — Commissions de prix pour 1890 :
Prix de l'Académie : MM. Hardy, Vidal et Besnier.
Prix Alvarenga : MM. Javal, Laboulbène et Sée (Marc).
Prix Amussat : MM. Guérin, Cusco et Rochard.
Prix Barbier : MM. Empis, Leblanc et Le Roy de Méricourt.
Prix Buignet : MM. Gautier, Gariel et d'Arsonval.
Prix Capuron : MM. Tarnier, Fournier et Budin.
Prix Civrieux : MM. Villemin, Jaccoud et Peter.
Prix Daudet : MM. Sée (Germain), Bouchard et Guéniot.
Prix Desportes : MM. Moutard-Martin, C. Paul et Dujardin-Beaumetz.
Prix Falret : MM. Charcot, Ball et Blanche.
Prix Godard : MM. Ranvier, Ollivier et Lancereaux.
Prix Herpin : MM. Larrey, Verneuil et Trélat.
Prix Laborie : MM. Le Fort (Léon), Labbé et Lannelongue.
Prix Laval : MM. Brouardel, Regnauld et Tillaux.

Prix Lefèvre : MM. Luys, Potain et Mesnet.
Prix Meynot : MM. Panas, Richet et Le Dentu.
Prix Monbinne : MM. Nocard, Polaillon et Worms.
Prix Orfila : MM. Colin (Léon), Proust et Cornil.
Prix Perron : MM. Féréol, Duval et Hérard.
Prix Portal : MM. Duplay, Guyon et Bucquoy.
Prix Pourat : MM. Marey, Laborde et Hayem.
Prix Saint-Paul : MM. Sappey, Bourdon et Magitot.
Prix Stanski : MM. Trasbot, Siredey et Robin.
Prix Vernois : MM. Goubaux, François Franck et Lagneau.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Assistance médicale gratuite.* — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique s'est réuni lundi 3 mars. A l'ouverture de la séance, M. Monod a dit qu'il était expressément chargé de présenter aux membres du Conseil les excuses de M. Léon Bourgeois, nouveau ministre de l'intérieur, qui aurait considéré comme l'acte le plus agréable d'inaugurer son entrée aux affaires en présidant le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Le conseil a donné son approbation à un projet de loi sur l'*assistance médicale gratuite.*

Ce projet de loi comprend 37 articles répartis en 6 titres. L'article 1er dit :

Tout Français indigent malade reçoit gratuitement, de la commune ou du département où il a son domicile de secours, l'assistance médicale à domicile ou, s'il ne peut être utilement soigné à domicile, dans un hôpital. La commune ou le département peut toujours exercer son recours, s'il y a lieu, notamment contre les membres de la famille de l'indigent désignés par les articles 205, 206, 207 et 212 du Code civil.

Cette assistance médicale serait assurée par un *service d'assistance gratuite*, organisé dans chaque commune ou syndicat de communes. Ce service comprendrait un dispensaire pour les consultations externes qui serait rattaché à une infirmerie et à un hôpital général. Les personnes qui auraient droit à cette assistance gratuite seraient les indigents qui ont leur domicile de secours dans la commune où ils se trouvent. Ce domicile de secours est acquis par filiation, mariage ou par une résidence habituelle de deux ans consécutifs postérieurs à la majorité et à l'émancipation. Il est *communal*, et, par conséquent, les communes devront assurer l'assistance médicale non seulement aux indigents « domiciliés », mais aussi à ceux qui tomberaient malades ou seraient victimes d'un accident. Toutefois, quand le traitement de ces derniers dépasse cinq jours, la commune peut exercer son recours contre la commune ou le syndicat de communes dont le malade ferait partie. Après avoir spécifié la constitution du bureau chargé d'administrer le service d'assistance, le projet de loi stipule que l'on dresserait une liste nominative des personnes qui sont en droit de réclamer l'assistance. Cette liste serait arrêtée par les conseils municipaux. Les contribuables auraient le droit de réclamer des radiations ou des inscriptions, mais jamais par des membres de leur famille. Les réclamations seraient examinées souverainement après avis du maire par une commission cantonale composée du sous-préfet ou de son délégué, du conseiller général ou du conseiller d'arrondissement et du juge de paix. A défaut d'assistance communale, les soins que peut exiger un malade indigent seraient assurés par une assistance départementale que réglerait également le projet de loi.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Les propositions de loi relatives à l'exercice de la médecine devant le syndicat des médecins du Havre.

Il serait à désirer qu'un grand nombre des syndicats de nos confrères de province suivît l'exemple de celui des médecins du Havre. Les délibérations du Parlement sur les lois relatives à l'exercice de la médecine ne pourraient qu'être éclairées par les réflexions que suggèrent à des médecins praticiens les articles rédigés par des députés que leurs fonctions et leur dignité de législateurs séparent peut-être un peu de l'ensemble du corps médical.

Les projets de loi sur l'exercice de la médecine, actuellement déposés à la Chambre, sont, comme on le sait, au nombre de deux. L'un émane de M. Lockroy et l'autre est le résumé du travail d'une commission composée en majeure partie de députés et de médecins appartenant à l'administration du *Concours médical*. Tous deux ont été examinés par nos confrères du Havre, et le résumé des discussions auxquelles a donné lieu l'étude de leurs différents articles a été fait par M. le docteur Leprévost dans un remarquable rapport que nous allons analyser ici.

Les modifications proposées à la législation existante par les deux projets peuvent se ranger sous cinq chefs différents ; ce sont :

1° La suppression du grade d'officier de santé ;

2° Les dispositions transitoires proposées en vue de protéger les situations acquises et de faciliter aux officiers de santé l'accès du doctorat ;

3° Les autorisations d'exercer temporairement la médecine ;

4° Enfin, la répression de l'exercice illégal de la médecine ;

5° Réformes diverses.

1° Il y a plus de soixante-dix ans que la grande majorité du corps médical demande la suppression du grade d'officier de santé. Cette suppression inscrite en tête du projet Chevandier a été, nos lecteurs le savent déjà, combattue par le Comité consultatif d'hygiène de France. On a fait remarquer que la suppression de l'officiat aurait pour effet de priver de médecins beaucoup de petits centres de population et que l'enseignement donné actuellement aux officiers de santé dure assez longtemps pour que leurs études soient suffisantes. Déjà beaucoup de communes sont privées de secours médicaux. Il serait préférable, au lieu de supprimer le grade d'officier de santé, d'imposer aux titulaires, trop empressés vers les grands centres, une résidence obligatoire à la campagne, dans les communes

incapables d'offrir aux docteurs en médecine la légitime compensation de la longueur et de l'élévation des études auxquelles ils se sont astreints. M. Leprévost fait remarquer que la question de l'unification des titres n'a pas, pratiquement, une grande gravité, car les officiers de santé disparaissent peu à peu. De 7,456 en 1847, leur nombre, en 1881, est tombé à 3,203, et, depuis 1883, cette décroissance s'accentue. Enfin, la nouvelle loi militaire ne prévoit pas l'exercice de la profession d'officier de santé dans les articles relatifs aux carrières libérales.

La commission du Syndicat des médecins du Havre a conclu contre le maintien du grade.

2° La commission a repoussé aussi l'article du projet Chevandier, d'après lequel les officiers de santé auraient désormais le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République, sans être astreints ni à une autorisation ministérielle, ni à l'obtention d'un nouveau diplôme. En effet, cette disposition favoriserait l'émigration des officiers de santé vers les grandes villes où leur présence n'a pas sa raison d'être et où ils sont déjà trop nombreux.

M. Chevandier propose encore ceci : « Ils (les officiers de santé) auront le droit de pratiquer les grandes opérations avec le concours d'un ou de plusieurs médecins. » Ce paragraphe doit être absolument rejeté, car, comme l'ont dit MM. Brouardel et Martin, la valeur plus grande des études et des épreuves exigées pour l'officiat ne suffit pas pour autoriser les officiers de santé à pratiquer les grandes opérations en dehors de la surveillance et de l'inspection d'un docteur en médecine.

Enfin, M. Chevandier propose encore de permettre aux officiers de santé, après cinq ans d'exercice, de se présenter devant une Faculté de l'État pour obtenir le titre de docteur en médecine, après avoir subi deux examens, présenté et soutenu une thèse. On doit combattre cette disposition qui serait une faveur excessive pour les intéressés, qu'elle dispenserait des baccalauréats et des principales épreuves du doctorat. La loi ne comportant pas d'effet rétroactif, il n'y a pas lieu de faciliter dans de telles proportions l'accès du doctorat aux officiers de santé exerçants ou inscrits en vue du diplôme de second ordre au moment de la promulgation.

3° Les deux propositions soumises au vote des Chambres contiennent un paragraphe autorisant les internes nommés au concours et les étudiants dont la scolarité est terminée à exercer la médecine durant une épidémie ou en cas de remplacement d'un docteur ou d'un officier de santé; cette autorisation, donnée par le préfet du département, serait renouvelable de trois mois en trois mois. Il faudrait, naturellement, que l'autorisation fût exceptionnelle et qu'elle ne fût pas prolongée indéfiniment pour le même étudiant, c'est-à-dire supprimer le mot « renouvelable », ou ne pas accorder le renouvellement avant le délai d'une année.

Quant aux médecins étrangers, la commission du Syndicat du Havre propose « de ne leur accorder le droit d'exercer la médecine qu'à la condition qu'ils aient subi les épreuves exigées par les règlements en vigueur dans les Facultés françaises. Des dispenses, toujours révocables, pourraient être accordées à certains médecins étrangers, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteraient sur la totalité des épreuves. Hormis ces cas exceptionnels, aucune dispense, même partielle, de baccalauréats, d'examens ou

d'inscriptions ne pourrait être accordée. Aucune équivalence ne pourrait être admise. »

4° La partie la plus originale du rapport de M. le docteur Leprévost est celle qui a trait à la *répression de l'exercice illégal de la médecine*. L'exercice illégal est le moins puni, le plus insaisissable et le moins poursuivi de tous les délits. En dix années, au Havre, il y a eu dix affaires s'y rapportant, soit une moyenne, par an, de 1,6 de poursuites pour un délit qui se commet, tant clandestinement que publiquement, des centaines de fois par jour. De plus, la moyenne des condamnations prononcées contre chaque inculpé a été de 16 francs par jour; c'est une impunité à peu près complète qui se joint à la quasi-certitude de n'être pas poursuivi.

Une multitude de faux médecins, dit excellemment le docteur Leprévost, semblent se désigner eux-mêmes à l'action de la justice en ne craignant pas de recourir, pour faciliter leurs consultations illégales, aux moyens de publicité dont usent les plus licites entreprises du commerce et de l'industrie. Ces médicastres peuvent être divisés en deux catégories : les uns, dépourvus de toute espèce de diplômes professionnels, empruntent à des Sociétés savantes, plus ou moins imaginaires, des titres pseudo-scientifiques; les autres sont des bandagistes, des pharmaciens, des herboristes et surtout des sages-femmes qui se livrent à la pratique de la médecine et de la chirurgie.

Le président de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure a remis entre les mains de M. le procureur général toute une collection de journaux, d'indicateurs, de prospectus, annonçant la nature des maladies illicitement traitées, la date, les heures et le lieu des consultations et un rapport émanant du Syndicat des médecins du Havre. Ce magistrat exigea qu'une plainte lui fût adressé par les victimes et par les médecins, et il ne pouvait, juridiquement, agir autrement.

Or, ces plaintes ont été et seront rarement portées, car elles entraînent des pertes de temps, des ennuis de toutes sortes pour les médecins ou les Associations médicales, et, pour ce qui est des malades, les forcent à exposer à la malignité publique la preuve de leur crédule naïveté et trop souvent les maladie ou misères secrètes dont ils sont atteints.

Pour remédier au mal, la commission du Syndicat du Havre, par l'organe de son rapporteur, propose de considérer, non pas comme un élément intentionnel de délit, mais comme un délit véritable, la publicité donnée par voie d'affiches, d'annonces ou de réclames, aux consultations illégales.

Il y aurait donc lieu de modifier de la façon suivante les articles 15 et 16 du projet Lockroy.

Art. 15 : 1°... 2°... 3°... 4°... 5° Est considérée comme exerçant de fait illégalement la médecine, et passible des mêmes peines, toute personne qui, dépourvue du titre exigé par la loi, ou surtout des attributions que ce titre lui confère, fait connaître au public, par voie d'annonces, d'affiches ou de réclames qu'elle traite certaines maladies.

Art. 16 : 1°... 2° Si le coupable est un officier de santé, un pharmacien, un dentiste ou une sage-femme, il pourra, en outre, être frappé de la suspension temporaire de l'exercice de son art.

5° Diverses dispositions du projet Chevandier ont paru, à la commission du Syndicat, mériter toute son approbation. Ce sont :

1° La réglementation du diplôme de dentiste (Voyez *Union médicale*, 1890,

n° 26) pour l'exercice de laquelle un diplôme spécial délivré après examen par un jury de l'Etat serait exigé.

2° Les rapports des médecins avec la justice, l'administration et les agents de la santé publique.

3° La prescription par cinq années des honoraires médicaux aujourd'hui prescrits au bout d'un an.

6° La reconnaissance légale des Syndicats de médecins.

Les conclusions du rapport du docteur Leprévost, mises aux voix dans la séance du Syndicat des médecins du Havre, en date du 24 février 1870, ont été adoptées à l'unanimité des membres présents.

Nous espérons qu'on tiendra compte des vœux émis par nos confrères lorsque l'on discutera les articles de la loi. P. CHÉRON.

BIBLIOTHÈQUE

LE SURMENAGE INTELLECTUEL ET LES EXERCICES PHYSIQUES, par le docteur A. RIANT. Paris, J.-B. Baillière, 1889.

Un certain nombre d'ouvrages ont déjà été publiés sur ce sujet. Celui que M. le docteur Riant vient de faire paraître dans la Bibliothèque scientifique contemporaine est certainement un des meilleurs.

Une première partie est consacrée à l'étude du surmenage des enfants et des adolescents : écoliers, élèves, étudiants ; l'auteur y a montré les périls qu'une mauvaise direction pédagogique fait courir à l'enfance et à la jeunesse, et y a posé les indications physiologiques et hygiéniques d'après lesquelles on peut lutter contre le mal.

Dans une seconde partie, l'auteur étudie le surmenage intellectuel des adultes et s'appuie sur les exemples qu'il tire de la vie des grands écrivains, des savants, des artistes, pour formuler les préceptes les plus utiles.

En disant enfin que le travail de M. Riant est d'une lecture facile, nous ne ferons que rendre justice à l'agréable talent de notre confrère. — P. Ch.

HYDROLOGIE

Traitement de l'ictère rond de l'estomac par les eaux minérales de Saint-Yorre-Vichy (sources Saint-Louis).

Dans l'*Union médicale* pour l'année 1890, on trouve, page 335, sous la signature de M. le docteur Mathieu : « *Traitement de l'ulcère rond de l'estomac.* — On donne du lait pur ou additionné d'une petite quantité d'eau de Vichy, ou d'eau de chaux, que le malade boit froid et par petites quantités à la fois. M. le docteur Debove lave l'estomac pour le débarrasser des matières acides qu'il contient; *puis, trois fois par jour, il administre au malade*, à l'aide de la sonde, 25 grammes de poudre de viande délayée dans du ait et mélangée *avec 10 grammes de bicarbonate de soude*... etc., etc. » Voilà qui est bien établi : un des maîtres de la thérapeutique et de la clinique donne, et cela pendant des mois, 30 grammes de bicarbonate de soude par jour (30 grammes), à des malades atteints d'ulcères ronds de l'estomac. Les résultats heureux justifient cette méthode que plusieurs ont trouvée hardie, mais que justifie l'étude anatomo-pathologique de la maladie.

Les timorés et les partisans quand même de la légende, presque cinquantenaire, de la cachexie alcaline produite par l'usage immodéré des eaux de Vichy, peuvent donc se rassurer; 30 grammes de bicarbonate de soude, par jour, non seulement n'anémient point les malades, mais ils leurs rendent la santé et les forces, et cela dans une affection par elle-même anémiante au suprême degré. Là, la nutrition n'est pas seulement

retardante, elle se fait à peine, et les hématémèses fréquentes réduisnt les forces des malheureux malades au minimum.

Pour absorber 30 grammes de bicarbonate de soude, le malade, soumis à l'usage des eaux minérales naturelles de Saint-Louis, devrait boire 6 litres d'eau. Heureusement cela n'est point nécessaire pour obtenir la guérison. Ce qui importe, c'est la continuité dans l'usage de cette eau; mais un litre par jour à toujours été une dose suffisante. Quoi d'étonnant? Dans la transfusion du sang, ce n'est point la quantité du sang transfusé qui agit, c'est la qualité. Or, les eaux minérales bicarbonatées sodiques fortes favorisent l'absorption de l'oxygène dans le sang et dans les tissus; elles raniment les combustions, elles donnent des forces aux malades; l'acide carbonique qu'elles contiennent (Saint-Louis = CO^2, 2 gr. 50 par litre) est un sédatif du système nerveux; c'est aussi, localement, sur l'ulcère rond, un sédatif ajouté au bicarbonate.

Bien entendu, comme dans toutes les maladies, le régime diététique doit être rigoureusement observé. Sans le régime, pas de guérison. De même, pas de guérison sans l'usage des alcalins, et, parmi les agents thérapeutiques de cette catégorie, les eaux des sources Saint-Louis, de Vichy, tiennent certainement le premier rang.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 mars. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté sur le traitement de la laryngite et de l'angine diphthéritique;

2° Une note sur l'homicide par flagellation;

3° Un mémoire de M. Comby sur la grippe chez les enfants.

M. Lereboullet est élu membre associé libre par 57 voix.

M. Chaumier fait une lecture sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. Elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, se rencontrent avec une fréquence égale dans toute la première enfance et sont habituellement méconnues. Elles disparaissent vers la vingtième année, mais laissent souvent à leur suite des granulations du pharynx ou des complications auriculaires devenues incurables.

Elles sont héréditaires et n'ont pas de rapport avec la scrofule.

Sur 232 cas, M. Chaumier a vu l'oreille atteinte 31 fois; 24 enfants étaient sourds et 7 faisaient répéter ce qu'on leur disait, ce que les parents attribuaient à une mauvaise habitude, ainsi que l'impossibilité de dormir autrement que la bouche ouverte.

Le palais en ogive est constant; l'augmentation de la lèvre supérieure dépend des tumeurs adénoïdes et non de la scrofule. Souvent les amygdales sont hypertrophiées.

M. Chaumier signale la fréquence des accès de suffocation, des terreurs nocturnes et des angines.

Les tumeurs adénoïdes peuvent causer la surdité, la surdi-mutité, l'arrêt de développement de l'intelligence, entraîner la mort par les complications auriculaires.

On traitera les tumeurs en les détruisant à l'aide de pinces coupantes ou adénotomes, en les grattant avec le doigt ou une curette.

— M. G. Sée donne lecture d'un travail qu'il vient de terminer, en collaboration avec M. Lapicque, sur l'action de la caféine sur les fonctions motrices et respiratoires à l'état normal et à l'état d'inanition.

En voici les conclusions principales :

1° La caféine à petites doses répétées, environ 60 centigrammes par jour, qu'on peut prescrire avec avantage aux soldats en marche, facilite le travail musculaire en augmentant l'activité du système nerveux moteur, tant cérébral que médullaire. La conséquence de cette action double est de diminuer la sensation de l'effort et d'écarter la fatigue, qui constitue un phénomène nerveux et en même temps chimique;

2° La caféine empêche l'essoufflement et les palpitations consécutives;

3° Elle communique ainsi immédiatement à l'homme qui se livre à un exercice violent et prolongé l'entraînement qui lui manquait;

4° En produisant cette excitation du système moteur cérébro-spinal, d'où dépend l'augmentation de la tonicité musculaire, la caféine augmente les pertes de carbone de l'organisme et surtout des muscles; mais elle ne restreint pas les pertes azotées, n'est pas un moyen d'épargne.

5° Une action d'épargne, en général, ne pourrait d'ailleurs s'exercer sur les animaux supérieurs, d'une manière totale, pour empêcher les effets fâcheux du jeûne que dans une condition impossible à réaliser, l'inaction ou l'immobilité plus ou moins absolue où il y a peu de dépenses sans travail.

Avec la caféine, nous observons juste l'inverse, c'est-à-dire un travail intense que nous n'obtiendrons qu'au prix de l'usure de l'organisme. C'est en activant les combustions que la caféine permet le travail musculaire même pendant l'effort.

6° La caféine n'a pas la propriété mystérieuse de remplacer les aliments; elle ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'ingestion des aliments. Si, en effet, on admet que c'est l'action immédiate des aliments qui stimule l'estomac et le système nerveux, et que leur valeur alimentaire n'y est primitivement pour rien, on pourra substituer un stimulant à un autre. Or, la caféine, loin d'épargner les réserves, ne mettra l'homme inanitié à même de reprendre le travail qu'en atteignant ces réserves dont elle hâte la destruction par l'excitation du système nerveux et, par son intermédaire, celle des muscles; dès lors, l'organisme épuise bien vite son stock nutritif et la caféine ne saurait l'empêcher.

7° L'action intime de la caféine sur le cœur et les vaisseaux paraît être très différente de celle admise généralement. Nous étudions en ce moment toute la série xanthique. On sait, depuis les travaux de Gauthier, que cette série comprend la paraxanthine, la théobromine et la caféine, celle-ci n'étant que la méthylthéobromine ou la triméthylxanthine. Il importe de mettre la caféine et la théobromine en parallèle avant de se prononcer sur leur action cardiaque réciproque, ainsi que sur le mécanisme de leur action diurétique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mars 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Délires partiels dans la fièvre typhoïde. — Epuration de l'eau de la Seine. — Cyanose avec malformation congénitale du cœur sans souffle.*

M. G. Ballet déclare, à propos du procès-verbal, que la communication faite dans la précédente séance par M. Barrié au sujet de l'existence du délire partiel systématisé, dans la fièvre typhoïde, ne l'a pas convaincu.

Il est sans doute intéressant de constater que, dans cette maladie, le délire peut revêtir l'apparence de forme mélancolique avec dépression ou d'idées religieuses; mais la fièvre typhoïde en est-elle la seule cause? Cela est peu probable, vu la fréquence de la fièvre typhoïde et la rareté de ces formes de délire dans la dothiénentérie. L'élément le plus important à considérer, c'est la prédisposition héréditaire.

D'ailleurs M. Barié a exagéré en dénommant délire systématisé les cas observés par lui. Les typhiques dont il parle ont présenté des idées de persécution au cours d'un délire maniaque ou lypémaniaque; mais de là au vrai délire de la persécution, tel que l'entendent les aliénistes, il y a loin. Certains dégénérés héréditaires délirent à propos de rien; ils peuvent délirer plus aisément d'une manière anormale à propos de la fièvre typhoïde.

M. Seglas insiste aussi sur la différence qui sépare les délires décrits par M. Barrié et le délire de persécution systématisé de Lasègue; qui dit systématisation, dit chronicité, et les cas de M. Barrié ont eu une marche rapide.

— M. Variot a eu dans son service une petite fille de cinq ans et demi, qui succomba au

bout de cinq jours de séjour à l'hôpital, d'une méningite tuberculeuse, sans avoir présenté le moindre bruit de souffle cardiaque, bien qu'elle fût atteinte d'une cyanose très marquée. On entendait les bruits du cœur nettement frappés. Or, à l'autopsie, on a constaté une malformation congénitale considérable du cœur. Il existait dans la cloison interventriculaire, immédiatement au-dessous de l'origine de l'aorte une grande perte de substance ; il y avait un rétrécissement extrême de l'orifice et de l'artère pulmonaire.

M. Variot se demande si l'étendue même de la perforation de la cloison n'explique pas l'absence du souffle rétro-sternal médian décrit par H. Roger. La communication était si complète entre les deux ventricules que la tension du sang devait y être sensiblement égale. Le myocarde avait la même épaisseur dans les deux ventricules. L'absence d'un bruit de souffle au foyer pulmonaire devrait provenir peut-être de l'uniformité de calibre de l'orifice et de l'artère également rétrécis.

— M. Vaillard a lu, au nom d'une commission composée de MM. Laillier, Ollivier, Chantemesse et Vaillard (rapporteur), un rapport sur l'utilité d'une double distribution d'eau de source et d'eau de Seine dans les habitations privées. En voici les conclusions :

La commission croit devoir affirmer sa confiance absolue dans les résultats heureux que produiront les nouvelles amenées d'eau de source au point de vue de la santé publique. Mais elle estime aussi qu'il serait imprudent de promettre que cette simple mesure suffira à éteindre totalement, radicalement, la fièvre typhoïde, que, le jour où l'eau de source aura été substituée partout à l'eau de Seine, cette maladie cessera d'exister parmi nous. Ce serait s'exposer à des mécomptes. Sans aucun doute possible, la fréquence de la fièvre typhoïde sera considérablement amoindrie et les millions dépensés auront pour conséquence une large économie compensatrice en existences humaines. Mais la fièvre typhoïde reconnaît d'autres causes que la souillure des eaux potables, et ces causes, il faudra les poursuivre et les atteindre avant d'aboutir enfin à l'extinction de cette lèpre des grandes cités.

La commission propose les conclusions suivantes sur lesquelles la Société sera appelée à voter :

1° L'eau de source offre *seule* les garanties de pureté désirables et assurera *seule* la sécurité complète contre les dangers connus de la transmission du germe typhique par les eaux potables ; il est impérieusement urgent de la substituer partout, pour les usages alimentaires, à l'eau de Seine dont la nocuité est établie.

2° En raison de l'adduction assurée et très prochaine des sources de la Vigne et de Verneuil, l'établissement obligatoire d'une double distribution d'eau de source et d'eau de Seine dans toutes les habitations privées ne présente aujourd'hui aucun avantage réel ; il obligerait à des travaux plus longs et à des dépenses plus onéreuses que l'amenée des sources nouvelles, sans conférer des bénéfices suffisamment certains pour la santé publique.

3° Lorsque les eaux de source viennent à faire temporairement défaut, il est dangereux de recourir aux erremeets actuels qui consistent à distribuer de l'eau de Seine *intégrale* ; agir ainsi, c'est disséminer volontairement la cause même de la fièvre typhoïde.

4° L'insuffisance des eaux de source, et, par suite, la nécessité d'y suppléer par l'eau de Seine devant être toujours prévue, il y a lieu aussi de prévoir dès aujourd'hui les moyens propres à épurer l'eau du fleuve, à la débarrasser, dans la mesure permise, des germes pathogènes qu'elle transporte.

5° La possibilité d'une interruption totale et prolongée des conduites d'eau de source en cas de siège ou d'investissement de la Capitale, la certitude des dangers qui ressortiraient alors pour la population civile et militaire de la consommation exclusive de l'eau du fleuve, imposent d'une manière plus pressante encore la mise en pratique de l'épuration préalable.

6° La filtration au moyen de bassins de sable, utilisée déjà par plusieurs grandes villes, pourra très utilement servir à purifier l'eau de Seine ou de rivière.

7° Les filtres à bassins de sable ne sont pas des filtres parfaits, donnant de l'eau bactériologiquement pure, mais ils réduisent le nombre des microbes véhiculés par l'eau dans des proportions considérables et suffisantes pour écarter ou diminuer les dangers que comportera toujours la distribution de l'eau de Seine intégrale. — P. L. G.

VARIÉTÉS

PROJET DE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Voici le texte du projet de loi sur l'exercice de la médecine proposé par le Comité consultatif d'hygiène de France, sur le rapport de son président, M. le professeur Brouardel.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine ou une faculté mixte de médecine ou de pharmacie de l'Etat.

Art. 2. — Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas elles ne porteron sur la totalité des épreuves.

Art. 3. — Nul étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une faculté de médecine de l'Etat, dans une école de plein exercice, dans une école préparatoire de médecine ou de pharmacie, ou dans une faculté libre sans l'autorisation du ministre de l'instruction publique. Cette autorisation est accordée après avis conforme des autorités compétentes déclarant l'équivalence des diplômes et certificats produits avec les diplômes exigés des étudiants français.

Le candidat qui aura commencé ses études médicales à l'étranger, après avoir fait reconnaître l'équivalence des diplômes et certificats mentionnés ci-dessus, devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales qu'il a faites à l'étranger, obtenir des autorités compétentes la déclaration d'équivalence de la scolarité effectuée avec le nombre d'inscriptions à lui accorder.

Il sera tenu de subir les examens correspondants au nombre de ces inscriptions avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

Art. 4. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme français de docteur en médecine, ou d'un diplôme spécial délivré par un jury présidé par un professeur de faculté de médecine et dont les membres seront pris en majorité, soit parmi les professeurs ou agrégés d'une faculté de médecine, soit parmi les professeurs d'une école de plein exercice de médecine et de pharmacie; les autres membres seront choisis parmi les praticiens dentistes.

Art. 5. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Art. 6. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer les instruments. Dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

Art. 7. — Les sages-femmes de première classe exercent leur profession sur tout le territoire de la République.

Les sages-femmes de deuxième classe exercent leur profession dans toute l'étendue du territoire, excepté dans les chefs-lieux de départements, d'arrondissements et dans es villes dont la population agglomérée dépasse 10,000 habitants.

Art. 8. — Les docteurs en médecine, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois, à partir du jour où ils ont fixé leur domicile, de faire enregis-

trer leur diplôme la préfecture ou sous-préfecture et au greffe du tribunal de lenr arrondissement.

Ceux qui changent de résidence ou qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis un certain temps, désirent se livrer à l'exercice de la profession médicale doivent également faire enregistrer leur diplôme dans les conditions prescrites par le paragraphe précédent.

Art. 9. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins du préfet et de l'autorité judiciaire, des listes sur lesquelles figureront les docteurs en médecine, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, les dentistes autorisés par l'article 4 et par la disposition transitoire stipulée à l'article 14, et les sages-femmes dont les diplômes ont été enregistrés à fin d'exercice. Des copies certifiées de ces listes sont transmises aux ministres de la justice, de l'intérieur et de l'instruction publique, dans le dernier mois de chaque année.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée chaque année, par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 10. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Art. 11. — Les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, établis au moment de la promulgation de cette loi, ou reçus dans les conditions déterminées par l'article 13, continueront à exercer leur profession suivant les règles précédemment en vigueur.

Art. 12. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Art. 13. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 14. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, de deux années d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 15. — Les sages-femmes de deuxième classe, exerçant au jour de la promulgation de la présente loi en vertu des dispositions antérieures, seront néanmoins soumises à toutes les prescriptions de la nouvelle loi qui les concernent. Toutefois elles sont autorisées à continuer l'exercice de leur profession dans les diverses communes du département où elles se trouvent établies, si un délai d'un an s'est écoulé depuis l'enregistrement de leur diplôme.

Art. 16. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent être autorisés à exercer la médecine, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine.

Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable.

Art. 17. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, dans un délai de 24 heures, la déclaration des cas de maladies transmissibles tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur après avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Un réglement d'administration publique fixera le mode de déclaration.

Art. 18. — Les fonctions de médecin et chirurgien experts près les tribunaux, de médecin et chirurgien des hôpitaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine.

Art. 19. — L'action des docteurs en médecine, des officiers de sante, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles stipulées au 3e de l'article 2101

du Code civil, y figureront désormais dans les termes suivants: 3° Les frais quelconques de dernière maladie soignée par le médecin, quelle qu'en ait été l'issue.

Art. 20. — L'exercice simultané de la profession médicale et de la profession de pharmacien est interdit, même en cas de possession des deux diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé, exerçant dans les localités où il n'y a pas d'officine de pharmacie à une distance moindre de 4 kilomètres peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, sous la condition de se soumettre à toutes les lois et à tous les réglements qui régissent ou régiraient la pharmacie à l'exception de la patente.

Art. 21. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé délivré conformément aux articles qui précèdent ou de l'autorisation stipulée aux articles 14 et 16, prend part au traitement des maladies ou des affections médicales ou chirurgicales ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou application d'appareils;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 5, 6, 7 et 15 de la présente loi;

3° Toute personne qui, munie d'un titre d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 14 de la présente loi.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 22. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les coupables pourront en outre être punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 23. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1,000 à 2,000 francs; en cas de récidive, elle pourra être portée au double et les délinquants pourront en outre être punis d'un emprisonnement de six mois à un an.

Art. 24. — Est considéré comme ayant usurpé le titre de docteur en médecine :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'article 2 de la présente loi.

2° L'officier de santé, le dentiste autorisé et la sage-femme munie d'un diplôme français qui feraient précéder ou suivre leur nom de la qualité de docteur et exerceraient la médecine dans ces conditions.

Art. 25. — Est considéré comme ayant usurpé le titre d'officier de santé :

1° Quiconque fait usage d'un titre médical étranger sans avoir subi les épreuves spécifiées à l'atticlcle 2 de la présente loi;

2° La sage-femme munie d'un diplôme français et le dentiste autorisé qui fait précéder ou suivre son nom de cette qualité et exerce la médecine dans ces conditions.

Art. 26. — L'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie par un docteur en médecine, par un officier de santé ou par une sage-femme en dehors des dispositions stipulées à l'article 20 de la présente loi est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à un an.

Art. 27. — Les docteurs, officiers de santé ou sages-femmes qui n'auraient pas fait la déclaration prescrite par l'article 17 seront punis par une amende de 100 à 500 francs.

Art. 28. — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi.

Art. 29. — Quiconque exerce la médecine sans avoir fait enregistrer son diplôme

dans les délais et conditions fixés à l'article 8 de la présente loi est puni d'une amende de 25 à 100 francs.

Art. 30. — En cas de poursuite pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressés à la poursuite, peuvent se porter partie civile.

Art. 31. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Art. 32. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecinn peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 355 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une Cour d'assises, pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 33. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25, 26 de la présente loi.

Art. 34. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. 35. — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI; l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI; le 3° de l'article 2101 du Code civil; le dernier paragraphe de l'article 2272 du même Code, en ce qui concerne seulement les médecins; et généralement toutes dispositions de lois et règlements antérieurs contraires à la présente loi.

Art. 36. — La présente loi sera applicable dans le délai d'un an à partir de sa promulgation.

Thèses pour le doctorat en médecine présentées et soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de janvier et février 1890.

Bouisson (Jean) : De l'antipyrine dans certaines affections nerveuses de l'enfance (coqueluche, chorée et énurésie). — Mathieu (Amédée) : Essais sur les indications séméiologiques qu'on peut tirer de la forme des écrits des épileptiques. — Albert (Ernest) : Etude sur le tétanos céphalique avec hémiplégie faciale ou tétanos de Rose. — Lucy (Paul) : Les anomalies de l'occipital expliquées par l'anatomie comparée et le développement. — Malafosse (Paul) : Des fractures de la base du crâne (par contre-coup). — Baissas (Réné) : Etude morphologique du sang leucocythémique. — Alix (Paul) : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prurigo d'Hebra. — Brico (Joseph) : Contribution à l'étude de la ligature de la veine fémorale au niveau de l'arcade crurale. — Payerne (Prosper) : De l'institut vaccinal de Lyon avec une étude comparative sur différentes méthodes de vaccination. — Patte (Amédée) : Des différents troubles causés par l'abus du tabac et en particulier des troubles cardiaques. — Thomas (Maxime) : De quelques accidents consécutifs à la vaccine. — Iversenc (Edmond) : Contribution à l'étude des articulations de la tête. — Sendral (Emile) : Etude critique sur la crémation. — Teissier (Charles) : Du duel au point de vue médico-légal et particulièrement dans l'armée. — Althoffer (Charles) : Des plaies par instruments piquants et en particulier par la baïonnette. — Busquet (C.-Paul) : Etude morphologique d'un cryptogame nouveau trouvé dans une lésion circinée de la peau. — Mauroux (Pierre) : Essai sur le traitement de quelques rétrécissements de l'urèthre par l'uréthrotomie externe et interne combinées. — Pichon (Charles) : Des corps étrangers intra-articulaires de provenance osseuse et d'origine traumatique. — Fagot (Albert) : Traitement antiseptique

local et antiseptique général de la diphthérie. — Laporte (Edouard) : Du traitement du bubon par la ponction suivie d'injections modificatrices. — Pouy (François) : De l'emploi de la sonde à demeure dans le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. — Monin (Frédéric) : Traitement interne des kératites infectieuses par la liqueur de Van-Swieten. — Cauvet (François) : Le catha edulis. — Dénier (Joseph) : Contribution à l'étude des réflexes cérébraux. — Mollin (Lucien) : Contribution à l'étude des anévrysmes artériels de la main et de leur traitement par la méthode de Purmann. — Feyat (Marius) : De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Etude de pathologie nerveuse et mentale. — Monavon (Marius) : Contribution à l'étude de la coloration artificielle des vins (thèse pour le grade de pharmacien de 1re classe).

FORMULAIRE

Pate contre l'eczéma de la vulve. — Lassus.

Acyde salicylique pulv.	1 à 2 grammes
Oxyde de zinc pulv.	12 gr. 50 centigr.
Amidon pulv.	12 — 50 —
Vaseline pure	25 grammes.

F. s. a. une pâte que l'on étend sur la peau, pour combattre l'eczéma généralisé à la fois papuleux et squameux. On couvre la région de coton après la friction. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des ntermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— La question posée pour le prix de l'hygiène de l'enfance (1,000 francs) pour 1891 est : « Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie de médecine avant le 1er mars 1891, terme de rigueur.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bernard, médecin-major, décédé à Epinal; Brisson (d'Averton), qui a sucombé aux suites d'un phlegmon occasionné par une piqûre anatomique; Grandvilliers (de Nice); Wackenheim, de Bruyères (Vosges).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

SIROP DE NARCÉINE GIGON. — Coqueluche, Bronchite, etc.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Nos lecteurs ont trouvé, dans notre dernier numéro, le résumé des communications faites à l'Académie de médecine par M. le professeur Sée, sur les effets physiologiques et thérapeutiques de la caféine, et de M. Chaumier (de Tours), sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants. Le reste de la séance a été occupé par l'élection d'un associé libre et la lecture du rapport de M. Péan sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

M. le docteur Lereboullet, le digne successeur de M. Dechambre au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* et à la *Gazette hebdomadaire*, a été élu membre associé libre de l'Académie par 57 voix, sur 83 votants. Nous le prions d'agréer nos sincères félicitations. — Après lui, M. Rivière a obtenu 13 voix; M. Blache, 7 voix; M. Galezowski, 3 voix; M. Michon, 2 voix.

Dans la section de pathologie chirurgicale, où l'on prévoit une lutte sérieuse entre la chirurgie civile et la chirurgie militaire, les candidats ont été classés dans l'ordre suivant : 1° M. Terrier; 2° M. Chauvel; 3° M. Périer; 4° M. Berger; 5° M. Nicaise; 6° M. Horteloup.

FEUILLETON

CAUSERIE

Les Anglais, gens fort pratiques, qui se moquent fort des maladies contagieuses quand elles ne doivent atteindre que les autres peuples — *exemplum ut cholera* — deviennent aussi pusillanimes que des poules quand ils soupçonnent qu'une maladie épidémique peut sévir chez eux. Par exemple, on vient de découvrir que les cabinets de lecture pouvaient être capables de transmettre la scarlatine. On se demande, à première vue, ce que les cabinets de lecture peuvent bien venir faire dans cette affaire.

Eh bien, le docteur Keser (de Londres), dans une correspondance adressée à la *Semaine médicale*, nous apprend que l'autorité locale de Winsfort vient d'être saisie par M. le docteur Fox, médecin sanitaire, d'un fait intéressant de transmission de la scarlatine par les livres loués dans des cabinets de lecture. Ayant observé trois cas de scarlatine dans une maison et ayant recherché la cause de cette petite épidémie, il fut amené à suspecter un livre, loué dans un cabinet de lecture, d'avoir servi de véhicule aux germes pathogènes. Une enquête faite à la librairie lui démontra, en effet, que ce livre avait été loué peu de temps auparavant par une famille dans laquelle il y avait un cas de scarlatine. M. Fox a insisté sur les dangers que peut faire courir, au point de vue de la transmission des maladies infectieuses, la circulation des livres loués, d'autant

On le voit, il n'y a pas disette de candidats à l'Académie, d'autant plus que ceux qui n'ont pu trouver place sur les listes de présentation sont plus nombreux encore que ceux qui y figurent.

— De même que M. Verneuil a démontré il y a un an environ que les variétés d'abcès sont presque aussi nombreuses que les espèces microbiennes, M. le professeur Lannelongue vient de démontrer à l'Académie des sciences que l'ostéomyélite aiguë dite infectieuse pouvait être déterminée par plusieurs microbes différents. La lèpre, la syphilis, la tuberculose peuvent se localiser dans la moelle des os et y produire autant de variétés de l'ostéomyélite; les microbes de l'anthrax, de l'érysipèle, les staphylocoques pyogenes aureus et albus, les pneumocoques ont été également trouvés et cultivés dans les foyers de l'ostéomyélite. Toutes ces variétés, qui ont une pathogénie différente, présentent, en outre, une marche, un pronostic et une terminaison variables. M. Lannelongue décrit même une ostéomyélite présentant des microbes analogues aux streptocoques vulgaires, mais plus petits, en grains; ces microbes donnent naissance à une forme moins grave, atténuée en quelque sorte, de la maladie, car celle-ci a pu guérir chez deux sujets.

— Nous avons attiré, l'an dernier, l'attention de nos lecteurs sur les abcès de l'oreille causés par les pneumocoques venus de la cavité buccale, d'après les travaux de M. Netter; notre confrère avait démontré, en outre, que les méningites survenant au cours ou à la suite de la pneumonie renfermaient souvent ces microbes. A la séance du 8 mars de la Société de biologie, M. Netter a communiqué un cas de méningite suppurée consécutive à la pénétration d'une balle de revolver dans le crâne. La balle, entrée par la bouche, avait traversé la voûte palatine et l'apophyse basilaire. Des cultures ont démontré la présence dans le pus du pneumocoque associé au staphylococcus pyogenes aureus.

Ainsi, la méningite suppurée traumatique peut être causée par le pneumocoque, l'agent pathogène le plus commun des méningites suppurées médicales. L'observation de M. Netter représente la réalisation sur l'homme

---

plus que le livre conserve facilement les pellicules et les poussières contagieuses, et que justement les convalescents lisent beaucoup.

L'autorité sanitaire, partageant l'opinion de M. Fox, a décidé qu'à l'avenir il y aurait lieu de poursuive les personnes atteintes de maladies transmissibles qui auraient emprunté des livres au cabinet de lecture, et disséminé ainsi la maladie.

Comme si ce n'était pas assez de la scarlatine, voici que la lèpre vient agiter de cauchemars hideux et épouvanter nos voisins d'outre-Manche en leur faisant voir des lépreux dans la corporation qui leur tient le plus au... ventre, celle des bouchers.

A une réunion qui a eu lieu à Londres pour étudier les moyens d'élever un monument à la mémoire du Père Damien, prêtre belge, mort de la lèpre, victime de son dévouement aux lépreux de Molokai, le prince de Galles a affirmé qu'il y a actuellement, dans un des principaux marchés à la viande de Londres, un lépreux qui manipule les beefsteaks et les côtelettes. Grand émoi dans la population et indignation vive parmi les bouchers des marchés à la viande, qui prétendent que la prince de Galles a été mal informé et que jamais un homme ayant la lèpre aux mains n'a été employé au marché central.

Toutefois, le docteur Saunders vient de déclarer que, s'il n'y a pas de lépreux au marché à la viande, on y emploie des hommes qui souffrent d'eczémas et autres maladies de peau dus, probablement, à ce qu'ils manipulent des viandes gâtées.

Le docteur Saunders a sévèrement réprimandé les patrons qui emploient ces individus, et il estime que l'aspect de leur épiderme a pu faire croire à l'existence de la lèpre.

d'expériences faites par lui, en 1886, sur l'animal. Il a obtenu, chez le lapin, des méningites suppurées en trépanant la voûte crânienne et introduisant sous la dure-mère des cultures de pneumocoques; chez le blessé actuel, le trajet parcouru par la balle a mis à découvert la face inférieure de l'encéphale. Par ce trajet, les pneumocoques présents dans la bouche ont gagné le cerveau. — L.-H. P.

Transplantation du corps thyroïde sur l'homme.

On sait qu'après l'ablation chirurgicale du corps thyroïde goîtreux, les opérés ont présenté souvent une dégénérescence générale assez analogue au myxœdème ou au crétinisme. Dans le but de prévenir cette dégénérescence, plusieurs physiologistes et chirurgiens ont songé à remplacer le corps thyroïde malade, après son extirpation, par un corps thyroïde enlevé à des animaux sains. Les expériences de Horsley et de von Eiselsberg ont établi que des animaux sur lesquels on faisait ces greffes ne succombaient plus fatalement après la thyroïdectomie totale. De plus, Horsley a évité le myxœdème, après thyroïdectomie chez l'homme, au moyen de la greffe thyroïdienne zooplastique.

Partant de ces données, M. le professeur Lannelongue a cru pouvoir appliquer la greffe du corps thyroïde aux cas dans lesquels un individu, né avec une absence congénitale de cet organe, est atteint ensuite d'arrêt de développement cérébral et corporel, comme dans le crétinisme. Cet état paraissant lié à l'absence du corps thyroïde, il semblait logique d'y remédier par la greffe de cet organe. Une jeune fille de 14 ans, se trouvant dans ces conditions, étant entrée à l'hôpital Rousseau dans le service de M. Legroux, celui-ci fut d'avis, comme M. Lannelongue, qu'il y avait lieu d'essayer d'intervenir et de pratiquer la greffe du corps thyroïde. La malade présentait d'ailleurs les caractères du myxœdème, de l'état de crétinisme décrit par Bourneville.

---

*
* *

Les victimes de la science ne se comptent pas dans notre profession. Tantôt et dernièrement encore, à Lyon, ce sont de jeunes internes qui succombent à la diphthérie; tantôt ce sont des médecins qui périssent dans des expéditions aventureuses.

La nouvelle tentative que va faire le commandant Nansen pour arriver jusqu'au pôle Nord rappelle celle que fit le lieutenant Greely, de la marine des Etats-Unis, en 1881. Greely était accompagné d'un de nos compatriotes, le docteur Pavy, qui a eu la mort la plus affreuse qu'on puisse imaginer : il a été dévoré presque vivant encore par ses compagnons affamés.

Epuisé, il était tombé malade; la faim impitoyable le serrait à la gorge.

Quelle agonie il eut! Agonie au milieu des glaces éternelles! Devant, derrière, à droite, à gauche, rien que des glaces, des glaces infinies, des glaces entassées! Çà et là une crevasse béante ouvrant dans la neige durcie sa gueule sombre. Le vent soufflait en tempête, mais il n'y avait pas un mouvement dans les ténèbres. Rien ne bougeait dans cette nuit du Pôle qui dure six mois!

Eh bien! c'est au milieu de cette horreur de la nature polaire qu'expirait Octave Pavy.

Et tandis qu'il mourait, l'infortuné vit ceux de ses compagnons d'expédition qui restaient vivants se traîner autour de lui, guettant l'instant où il rendrait le dernier soupir. Ce n'étaient plus des hommes, c'étaient des bêtes fauves aux regards avides.

L'opération décidée, on dut, à regret, renoncer au projet de placer la greffe au point occupé normalement par le corps thyroïde, c'est-à-dire au cou, à cause de grosses tumeurs myxœdémateuses qui s'y trouvaient. On choisit donc la région latérale et inférieure du thorax, au-dessus du sein droit. Un mouton adulte, mais jeune, servit à l'expérience; on lui enleva les deux tiers environ du lobe gauche du corps thyroïde, qui furent placés dans une loge sous-cutanée. Cette loge avait été pratiquée après incision de la peau, avec une spatule mousse, afin qu'il n'y eut pas d'écoulement sanguin et que les tissus fussent plutôt écartés que divisés. Quant au fragment thyroïdien, on l'aviva légèrement à sa surface, ou plutôt sa capsule fut enlevée avec des ciseaux, et on l'enfonça dans la loge à 3 centimètres de profondeur environ de l'ouverture cutanée. On ferma la plaie par plusieurs points de suture.

L'opération fut aseptique et non antiseptique; pas d'élévation de température; le pansement fut changé au huitième jour; les fils ont été tous enlevés, la réunion de la plaie était parfaite, sans suppuration.

Au toucher, M. Lannelongue a constaté que le corps thyroïde transplanté faisait une saillie appréciable et apparente comme au jour de l'opération. Mais quel sort lui est-il réservé? Restera-t-il un véritable corps thyroïde fonctionnant, et, s'il persiste, pourra-t-il s'accroître ou se résorbera-t-il? L'avenir seul pourra nous éclairer sur ces divers points, et la situation superficielle de la glande surajoutée permettra de mieux reconnaître les transformations qu'elle pourra subir.

Pour le moment, M. Chauveau ne voit pas que le corps thyroïde d'un animal greffé sur l'homme y reste intact et y fonctionne. Il s'appuie sur ce que l'on connaît de la greffe du testicule du mouton, qui se greffe avec la plus grande facilité, peut être déplacé, poussé plus loin dans le tissu conjonctif, s'y greffe de nouveau, mais il finit toujours par se résorber. Cela tient à ce que les communications vasculaires qui se font entre le testicule greffé et les parties voisines sont petites et insuffisantes pour entretenir la vie active de l'organe. D'autre part, comme l'a rappelé M. Dastre, les greffes

---

Tous ces braves gens d'hier, marins hardis, esprits aventureux, s'étaient, sous l'action de la faim, transformés en carnassiers !

Et ils trouvaient, sans doute, que Pavy était bien long à mourir !

Celui-ci ne se faisait pas d'illusions sur le sort réservé à son cadavre. Il avait déjà vu, quelques jours auparavant, les naufragés se partager les membres d'un matelot mort. Soudain, la peur — une peur horrible — le saisit : si l'on allait ne pas attendre qu'il eût expiré pour tailler dans sa chair !...

Pavy ne put maîtriser son épouvante. Il rassembla ce qui lui restait de forces, et, quand il crut qu'on ne le voyait pas, il se mit à courir du côté de la mer. Son intention, c'était de chercher un tombeau dans les profondeurs de l'Océan. Il voulait sauver son corps de la dent de tous ces êtres affamés qui s'apprêtaient à le dévorer, à boire son sang. Mais Pavy avait été aperçu : les naufragés le poursuivirent et, avant qu'il eût disparu à jamais sous un glaçon, le saisirent et le retirèrent de l'eau.

Peut-on imaginer quelque chose de plus épouvantable ?

Quoi d'effrayant comme ce drame de la faim ?

Est-il rien de plus sinistre que ces hommes, ces naufragés se transformant en loups voraces ?

*
* *

La photographie, vous le savez, touche de près à la médecine ; elle confine à la chimie et à la physique par les substances et les appareils qu'il faut employer, et d'ailleurs

de rate se résorbent également. Mais on ne peut assimiler complètement le testicule et la rate au corps thyroïde, ni prévoir, d'après ce qui s'est passé pour les deux premiers, ce qui arrivera pour le dernier. Enfin, dans un cas de von Eiselsberg, le corps thyroïde greffé, examiné anatomiquement au bout d'un temps assez long, avait continué à fonctionner.

Si le succès définitif est obtenu, il sera, comme l'a dit M. Chauveau, d'autant mieux mérité que M. Lannelongue a mis au service de déductions physiologiques parfaitement légitimes une habileté chirurgicale sagement dirigée. — L.-H. Petit.

Chemins de fer et évacuations.

Tel est le titre d'un travail très intéressant que vient de publier dans les *Archives de médecine militaire* M. le docteur Du Cazal et d'après lequel nous allons exposer l'organisation du service des évacuations.

Les évacuations, comme l'a dit Legouest, sont une des parties délicates du service de santé en campagne; trop fréquentes ou portées dans de fausses directions, elles diminuent les rangs d'une armée, tandis que, trop restreintes, elles exposent les malades et les blessés aux dangers de l'encombrement. Toujours, du reste, l'évacuation des malades et des blessés, même dans de mauvaises conditions, est préférable à l'amputation sur place.

Les transports stratégiques se font soit dans la zone de l'intérieur sur le terrioire national, soit dans la zone des armées qui comprend le territoire sur lequel se font les opérations actives; dans cette dernière zone, les chemins de fer dépendent du commandant en chef des armées; dans la première, du ministre.

Dans la zone de l'intérieur, les transports sont ordonnés par le ministre de la guerre, réglés par le chef d'état-major général, exécutés par les soins des commissions de réseau au nombre de sept, une par réseau. Ces com-

---

beaucoup de médecins sont plus ou moins photographes. Nous pouvons donc nous occuper ici de photographie, amusante du reste comme vous allez pouvoir en juger. Voici en effet ce que raconte à ce propos M. de Parville. C'est une aventure authentique où la science joue son rôle, et qui a fini par un drame conjugal.

M. X... — mettons cette initiale, qui en vaut une autre — s'était retiré dans une propriété où il s'occupait d'études photographiques.

Ce n'était pas un de ces amateurs qui braquent sans cesse et au hasard leur objectif partout où ils sont; non, c'était scientifiquement qu'il se livrait à cette occupation; il prétendait trouver de nouveaux moyens pour décupler la puissance des appareils.

Il cherchait à résoudre ce problème : la photographie à grande distance; il ne l'a, comme on va voir, que trop résolu pour son repos et pour son bonheur!

Il y a quelque temps, donc, Mme X... — une fort jolie femme, ma foi — annonçait son intention d'aller faire de longues promenades, son médecin lui ayant recommandé pour sa santé les courses à pied, au grand air.

— Comme cela, dit-elle à son mari, tu pourras à ton aise poursuivre tes travaux.

Demeuré seul, M. X... reprit ses études et eut tout à coup cette idée, en regardant son appareil : l'objectif est un œil comme un autre. L'œil voit loin avec une longue-vue; donc, avec une lunette installée devant l'objectif, l'appareil photographique verra loin et reproduira fidèlement ce qu'il aura vu.

M. X... avait précisément comme point saillant, dans le panorama qui se développait sous ses fenêtres, un vieux château classé parmi les monuments historiques du dépar-

missions sont aidées par des sous-commissions de réseau et des commissions de gare où les éléments techniques et militaires sont représentés.

Dans la zone des armées, la direction des transports appartient au directeur général des chemins de fer et des étapes et au directeur des chemins de fer aux armées; l'exploitation est faite par les compagnies ou par un personnel militaire spécial. Dans le premier cas, il y a des commissions analogues à celles de la zone de l'intérieur. Dans le second cas, au-delà de ce qu'on appelle des stations de transition, l'exploitation est faite par les soins des commissions de chemins de fer de campagne.

Dans chaque corps d'armée, à l'intérieur, il y a une gare de rassemblement sur laquelle sont dirigés tous les transports de la circonscription du corps d'armée et d'où ils se rendent aux stations-magasins et aux stations têtes d'étapes de guerre.

Quelle doit être l'importance du service des évacuations? On a calculé que pour les guerres de l'avenir la proportion des blessés peut être évaluée à 10 et 12 p. 100 des combattants et que l'on doit préparer les moyens de transport pour une proportion de 20 à 25 p. 100 de l'effectif. Si l'on applique ses données à une armée de 600,000 hommes, on aura de 60 à 72,000 blessés à évacuer et les moyens de transport devront être calculés pour 120 ou 150,000 malades et blessés. En admettant enfin un maximum de 150,000 blessés ou malades à transporter, on devra réunir ces moyens de transport pour 90,000 hommes assis et 60,000 hommes couchés! Et qu'on songe encore aux blessés ennemis que l'on devrait recueillir après une bataille heureuse.

Les transports d'évacuation ont lieu par les trains sanitaires permanents ou improvisés pour les malades couchés, des voyageurs dans les trains ordinaires ou spéciaux pour les malades assis.

Les trains sanitaires permanents existent dans tous les pays de l'Europe. Seule la France en était dépourvue jusqu'en ces derniers temps. On les avait rejetés parce qu'ils sont fort coûteux à organiser ou à entretenir, et que, de plus, ils ne rendent probablement que des services très minimes

---

tement. Il décida de le photographier, bien qu'il fût à 3 kilomètres environ. Il se mit donc à l'œuvre; il tâtonna bien un peu et ne parvint qu'après plusieurs essais à placer solidement sa longue-vue devant l'appareil; mais, enfin, il crut avoir réussi.

Il ne s'était pas trompé. Le monument était venu dans tout ses détails, avec ses tours crénelées, ses machicoulis, ses remparts, les fossés, les arbres.....

Notre homme poussait un cri de satisfaction, quand, tout à coup, en regardant l'épreuve, entre deux églantiers surchargés de roses sauvages, il crut distinguer deux visages. Ces visages étaient même si rapprochés qu'ils ne faisaient qu'un.....

Très intrigué, M. X... grossit aussitôt l'image. Stupéfaction! La moitié du joli visage de sa femme apparaissait souriant; l'autre moitié portait des moustaches.

C'était le flagrant délit constaté, — à 3 kilomètres, — le flagrant délit reconnu à distance!

Qui aurait pu redouter à ce point les indiscrétions de la photographie? Il n'y avait pourtant pas moyen de nier, et l'on imagine la stupeur de la pauvre femme lorsque, à son retour, son mari lui présenta l'épreuve révélatrice! Elle envoya de bon cœur la science au diable!

Cette découverte, qui a commencé par une aventure conjugale, aura les plus féconds résultats. Il est acquis, maintenant, que, avec une bonne lunette, on peut photographier à 2, 3 et 4 kilomètres. Il n'y aura pas que les maris jaloux qui profiteront de cette ingénieuse invention.

Les Congrès de 1889 ont laissé, dans l'esprit de tous ceux qui y ont assisté, des im-

par suite de la difficulté de les amener sur le champ de bataille à cause de l'encombrement des voies ferrées.

Les premiers trains organisés coûtaient fort cher. Celui exposé en 1878 par la Société française de secours aux blessés revenait à plus de 300,000 fr. Les trains russes coûtent 25,000 roubles chacun.

Pendant la guerre de 1870-71, les Allemands, qui n'avaient pas prévu l'importance que prendraient les évacuations, organisèrent des trains avec des wagons ordinaires qu'ils transformèrent ; chaque train revenait à 10,875 fr. (prix de la transformation seule) ; ils se composaient de 27 wagons dont 20 pour blessés et plusieurs allèrent directement du lieu du combat à Berlin. Ils transportèrent 89,728 blessés. Aujourd'hui l'Allemagne, en cas de guerre, aurait un train sanitaire permanent par corps d'armée.

En France, les Compagnies n'ont pas de wagons munis de portes à leurs extrémités, ce qui empêche l'organisation d'hôpitaux roulants. La Compagnie de l'Ouest a passé, avec l'administration de la guerre, un marché d'après lequel, moyennant 60,000 fr. de frais d'établissement, 6,000 fr., par an d'entretien, et une allocation de mise en service de 10 ou 8,000 fr. selon le temps accordé pour la livraison, elle a organisé un train permanent de 23 voitures dont 16 pour blessés. En réalité, ce train n'est pas permanent puisque les voitures circulent pour l'exploitation, bien que ne pouvant pas quitter le réseau.

On a dit que les chemins de fer ne pourraient assurer l'arrivée des trains sanitaires permanents. C'est une erreur. Les lignes à double voie étant presque seules usitées en grand au point de vue stratégique, le nombre des trains qui y circuleront sera déterminé d'après la puissance et la commodité du débarquement. Or, en France, sur les lignes frontières, les quais de débarquement ont été multipliés dans une très grande proportion. Donc, une fois la concentration terminée, la circulation sera facile.

Pour une armée composée de quatre corps d'armée, il faudra chaque jour deux trains, plus un train de bétail de 36 à 40 wagons. Chacun de ces trains ne comportant que 30 voitures, il sera facile d'y accrocher les wagons

---

pressions diverses. M. le professeur Benedikt (de Vienne), un de ceux qui n'ont pas craint de venir d'Autriche à Paris en 1889, a publié, à la fin de l'année dernière, un petit opuscule : *Aus der Pariser Kongresszeit* (Paris au temps des Congrès, ou mieux : L'époque des Congrès à Paris), dont bien des Français devraient lire au moins les dernières pages. Tout le monde sait quelles sont les sciences favorites du professeur Benedikt, psychologue et neuropathologiste aussi distingué qu'anthropologue éminent. Mais si nous ne voulons rien dire des réflexions qu'ont pu lui suggérer les quelques Congrès auxquels il a pris part, nous ne pouvons résister au plaisir de signaler ses appréciations sur les salons médicaux parisiens.

Il faut lire dans l'original, dans cette langue allemande qui brave parfois la modestie, cette étude des femmes de certains médecins français. M. le professeur Benedikt, séduit par les Parisiennes, s'écrie : « Zeige mir Deine (avec grand D) Frau und ich sage dir, wer du bist ! » (Montre-moi ta femme, et je te dirai qui tu es.) Honni soit qui mal y pense, à notre étonnement. D'ailleurs les Français en ont peut-être fait autant, lorsqu'ils sont allés au Congrès de Vienne ; mais... ils n'en ont rien fait savoir en France. Discrétion et galanterie, telle doit être la devise des congressistes.

SIMPLISSIME.

nécessaires pour le ravitaillement du génie, de l'artillerie et du service de santé.

Pour évacuations, après un mois de campagne, le déchet d'un corps d'armée sera de 5,360 hommes. La moitié à peu près ira dans les dépôts de convalescents installés le long des lignes d'étapes et l'autre moitié seulement, soit 2,680, sera à évacuer vers l'intérieur.

Il faut encore noter que la plus grande proportion des pertes (environ la moitié) se produit dans la première semaine de marche. Il y aura par jour 190 malades dans les sept premiers jours, et 58 pendant le restant du mois. D'où, pour quatre corps d'armée, 232 malades par jour pourront être évacués par un seul train.

Après une grande bataille, il y aura 3,200 blessés à évacuer couchés et autant à évacuer assis. On peut supposer leur transport de la manière suivante :

Première catégorie, blessés couchés : 6 trains permanents à 128 places pour blessés très graves, 768; 9 trains improvisés à 276 places pour blessés moins graves, 2,484; total, 3,252.

Deuxième catégorie, blessés assis : en 1re classe, blessés graves et officiers, 300; en 2e classe, blessés graves et officiers, 600; en 3e classe, blessés graves et officiers, 2,400.

Une voiture de 1re classe contiendra à peu près 12 blessés; une de 2e, 24; une de 3e, 32. Il faudra donc 128 voitures de toutes classes, ce qui fait environ 4 trains.

En résumé, après une grande bataille, il y aura, pour quatre corps d'armée, 6,600 blessés à transporter, et il faudra : 6 trains permanents, 9 trains improvisés et 4 trains de malade, soit 19 trains.

On peut conclure avec M. Du Cazal qu'un tel effort n'est pas au-dessus des moyens des Compagnies de chemins de fer et que la France doit organiser des trains sanitaires permanents. Le salut de beaucoup de nos blessés en dépendra.

P. RODAIS.

Considérations sur un projet de transbordement de gadoue entre la porte d'Asnières et la porte de Courcelles.

Communication faite à la Société médicale du XVIIe arrondissement le 28 février 1890

Par le docteur MAREVÉRY.

La question du projet de transbordement de gadoue entre les portes d'Asnières et de Courcelles (commune de Levallois-Perret) présentant un intérêt considérable, tant au point de vue de l'emplacement choisi que de ses conséquences sur les XVIIe, XVIIIe et VIIIe arrondissements de Paris, il est urgent que la Société médicale du XVIIe arrondissement étudie à fond cette question, et émette ensuite, après discussion et entente qui ne peut être qu'unanime, un vœu ferme, ayant pour but de s'opposer complètement à la création de ces transbordements, en faisant valoir les dangers qu'ils créeraient pour les quartiers et arrondissements nord et nord-ouest de Paris sus-indiqués.

Point n'est besoin de dire quels sont les dangers provenant de la présence de ces immondices dans un endroit quelconque; ils sont connus de tous. Il m'a paru cependant utile de vous faire savoir quelle était d'abord la quantité d'immondices portée journellement hors des fortifications, de vous signaler ce qui a été fait en faveur de l'éloignement de ces dépôts, et cela depuis plusieurs années, pensant que ces documents pourraient servir à la discussion ultérieure et urgente de cette grave question.

D'après M. L. Colin, on enlève chaque jour à Paris près de 12 à 1,500 mètres cubes d'immondices de toute sorte; le volume arrive à près de 8 à 900,000 tonnes par an.

La plupart de ces dépôts, temporaires ou permanents, sont amoncelés par les cultivateurs ou les entrepreneurs, soit près des fortifications, soit au bord des routes dans quelques communes suburbaines qu'ils infectent de leurs émanations pestilentielles.

Cette infection se produit surtout pendant la transformation de ce qu'on nomme la *gadoue verte* en *gadoue faite*, et dure au moins cinq à six mois par an. C'est surtout au moment où l'on opère l'enlèvement des liquides de la vidange provenant de la fermentation de ces immondices que ces émanations deviennent très nuisibles.

M. le docteur Du Mesnil a signalé les dépôts de Montreuil, à quelques mètres des fortifications; un autre à Jouy, à 80 mètres environ de la porte de Choisy, tous deux occupant une superficie de plusieurs milliers de mètres, très rapprochés des routes et des maisons, et répandant autour d'eux des odeurs fétides.

Il en existe un semblable à Bagnolet.

Il y avait autrefois des dépôts de gadoue à Montrouge, Clichy et Vincennes, mais les localités environnantes ayant formulé de justes et vives réclamations, ces dépôts ont disparu depuis une trentaine d'années environ.

Presque tous ces dépôts (et il en existe encore dans beaucoup de villes) étaient à ciel ouvert; les immondices déposées en amas, entourées de flaques d'eau croupissante et malpropre, dégageaient, surtout pendant la saison chaude, des émanations tellement infectes qu'elles ont occasionné, trop souvent, de graves accidents.

Les populations avoisinantes faisaient quelquefois plus que de se plaindre, et je citerai à ce sujet le fait suivant relaté par M. Bouchardat : En 1825, les habitants du quartier Ménilmontant forcèrent pour ainsi dire l'administration à supprimer la voirie de la rue de Ménilmontant; il y eut une véritable émeute, et, las de voir que leurs plaintes n'étaient pas écoutées, les habitants prirent le parti de se faire justice eux-mêmes; ils allèrent dételer les tombereaux, les sortirent du dépôt et fermèrent eux-mêmes la voirie.

Une règlementation existe pour ces sortes de dépôts; elle est connue. Ils doivent être intallés au moins à 100 mètres des routes et à 200 mètres des habitations.

En 1882, le nouveau cahier des charges de la Ville de Paris leur impose une distance d'*au moins 2,000 mètres* des fortifications. (Arnould, article VOIRIE, in *Dictionnaire Dechambre.*)

L'ordonnance de 1839 concernant ces dépôts privés de gadoue a réglé quelques-unes des conditions à observer. Cette ordonnance place ces voiries dans la 1re classe des établissements insalubres. Ils devraient donc être aussi près que possible des champs sur lesquels l'engrais provenant de cette gadoue doit être employé, et les matières elles-mêmes, étendues sur le sol, dans les vingt-quatre heures qui suivent leur arrivage.

Le transport de cette gadoue se fait par voitures, wagons ou bateaux. Au moment de leur traversée dans les communes, l'odeur en est tellement infecte et persistante que quelques maires de communes suburbaines se sont formellement opposés à leur passage.

Un système de bateaux fonctionne, ainsi que l'a signalé M. Arnould, en amont de Corbeil et en aval de Pontoise.

Pour éviter les ennuis et les dangers de ces transports, M. Alasseur avait étudié, en 1885, la transformation de la gadoue par la combustion, afin de se servir des cendres et des résidus comme engrais. Mais ce projet a été abandonné, et, de fait, on se demande si les odeurs provenant d'usines de ce genre ne pourraient pas devenir aussi nuisibles que celles des dépôts.

Quoi qu'il en soit, la question urgente, au point de vue de l'hygiène publique, est d'étudier quels sont les modes de suppression ou de dissémination rapide et immédiate des boues et immondices sur les champs où ils doivent être utilisés, et la discussion doit, selon nous, avoir pour but de faire observer la distance d'au moins 2,000 mètres au delà des fortifications, ou d'empêcher même la création de ces dépôt aussi près des habitations.

Disons, en passant, que le Conseil d'hygiène du département du Nord a refusé, en 1881, à l'entrepreneur de la voirie d'Avesnes, l'installation de son dépôt au bord

d'une route et au voisinage des habitations que l'extension actuelle de la ville faisait élever. (Arnould.)

Ainsi qu'on peut s'en rendre compte à l'inspection d'un plan de la partie nord et nord-ouest de Paris, le dépôt entre les portes d'Asnières et de Courcelles enverrait, sur les quartiers des Epinettes, Batignolles, Ternes, plaine Monceau, l'Etoile, des émanations qui se feraient d'autant plus sentir que les vents de N-O et N-N-O sont plus fréquents. Elles pourraient s'étendre jusque dans le VIII[e] arrondissement, et même le XVIII[e]; quant aux Ternes, Batignolles, Epinettes et plaine Monceau, ces émanations auraient le grave inconvénient de se diriger presque directement sur les ateliers de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, sur les écoles ou établissements du voisinage (école Monge, asile de vieillards, etc.) et d'agir nocivement sur les personnes qui y demeurent.

Dans cette courte communication, je n'ai qu'un but : c'est celui de prier mes honorables confrères de la Société médicale du XVII[e] arrondissement d'insister, au nom de l'hygiène sanitaire des quartiers que nous habitons, contre la création de ces dépôts, et je ne veux nullement traiter ici à fond cette question si importante des dépôts d'immondices et de leur mode de transport hors de la Capitale; il y aurait pourtant des choses intéressantes à dire en signalant quels sont les différents modes d'assainissement proposés ou employés dans les grandes villes de l'Europe (Londres, Bruxelles, Berlin, par exemple).

Je le répète, le seul côté de la question que j'aie tenu à aborder est celui-ci, avant tout : fixer l'attention de mes confrères sur le haut intérêt de la discussion qui va suivre, et leur dire que, selon nous, tous nos efforts doivent être tentés pour que ces établissements de gadoue, voiries (et, en particulier, celui qu'on se propose de créer à l'endroit signalé) soient éloignés le plus possible de tout centre habité, afin d'éviter de graves mécomptes dans la suite.

Je sais que le susdit dépôt ne serait, paraît-il, que temporaire, c'est-à-dire qu'il ne s'agirait que d'un transbordement simple de gadoue, des fourgons dans les trains ou wagons avoisinants. Mais, transbordement ou dépôt, gadoue temporaire ou permanente, le danger n'en est pas moins réel, et nous devons non seulement le signaler aux autorités compétentes, mais aussi faire connaître toutes les conséquences graves qui pourraient en résulter si l'autorisation était donnée.

Le nombre de ces établissements est déjà trop considérable; et puisque ces voiries ne pourront disparaître que le jour où l'industrie et le commerce se serviront de ces matières premières sans aller les prendre dans ces dépôts intermédiaires, il nous appartient, à nous médecins, hygiénistes, de nous opposer de toutes nos forces à la création de nouveaux dépôts dangereux pour la santé publique.

En 1883, au 31 décembre, il y avait autour de Paris 6,032 établissements classés, autorisés. Et, depuis cette époque, leur nombre a encore augmenté. Qu'arrive-t-il? C'est que, avec l'extension des communes suburbaines, il est devenu impossible aujourd'hui de refouler à distance suffisante les établissements autorisés antérieurement, qui, situés, lors de leur fondation, dans une zone non habitée, se trouvent aujourd'hui non seulemsnt entourés de constructions nombreuses, mais encore dont quelques-uns, ainsi que le dit M. Colin, sont même devenus le noyau de centres populeux!

Le Conseil municipal de la ville de Paris a été saisi de la question en 1884, et, le 29 novembre de cette même année, il émettait les vœux suivants :

« Que les dépotoirs et fabriques annexées à ces dépotoirs soient rejetés hors du « département de la Seine;

« Que les industries dégageant des odeurs insalubres, telles que fabriques de graisse, « bougies, « dépôts de boues et ordures », d'engrais, porcheries, boyauderies, etc., « soient l'objet d'une surveillance rigoureuse;

« Que de nouvelles autorisations ne soient accordées qu'avec une extrême réserve, et « que, dans tous les cas, on tienne compte des oppositions formulées par les popula- « tions directement intéressées. »

Et M. Colin ajoute : « Que de temps il faudra pour réaliser des vœux si légitimes! »

Nous donnions plus haut le nombre exact de ces établissements; ajoutons qu'il

en existe même dans Paris! et dans la banlieue il nous suffit de citer la plaine Saint-Denis, Aubervilliers, Clichy et La Villette (toute la région nord de Paris), renfermant à elle seule, à peu près, la moitié de ces établissements.

Nous ne saurions trop le répéter, ils constituent, par leur ensemble, une véritable « ceinture d'infection », pour me servir des termes mêmes de M. Colin; ils compromettent la salubrité de toutes les résidences suburbaines et contaminent tous les courants d'air dirigés sur Paris, quelle qu'en soit l'orientation.

Les habitants du XVIIe arrondissement, en particulier, n'en ont malheureusemnt que trop la preuve pendant la saison chaude.

L'hygiène d'une ville ne dépend pas seulement des travaux d'amélioration qu'on lui fait subir; et, ainsi que le dit le docteur Rochard dans son beau *Traité d'hygiène sociale* : « L'entretien de la voirie et les questions qui s'y rattachent sont les premières dépenses « que doivent inscrire à leur budget les villes soucieuses de leur hygiène.

« Il ne suffit pas, ajoute-t-il, — et je cite ces paroles parce qu'elles devraient ne « jamais être oubliées de tous ceux que ces grandes questions d'hygiène sociale intéressent, — d'embellir et de décorer les cités par de vastes et belles constructions, il « faut surtout les assainir, et on ne doit pas sacrifier ce qui ne se voit pas à ce qui « frappe les regards.

« A l'exception des villes de premier ordre où l'édilité est au courant de toutes les « questions d'hygiène et de santé publiques, les municipalités votent souvent des » sommes considérables et obèrent leurs finances pour construire des édifices qui flattent leur amour-propre; mais, s'il s'agit de creuser un égout, de faire disparaître « quelque cloaque infect ou de donner de l'air à de vieux quartiers, les bourses se ferment et le crédit est refusé..... »

Puisque, dans la circonstance, le Conseil municipal de Paris a émis les vœux que je signalais tout à l'heure, puisque cette question d'hygiène publique est considérée comme de la plus haute utilité, il nous importe, à nous autres médecins et hygiénistes, soucieux avant tout de la santé de nos semblables, de tenter toutes les améliorations et de faire tous nos efforts pour que, dans un coin de Paris si populeux, si rapproché des fortifications, en pleine commune de Levallois, un établissement insalubre ne soit pas créé. Et, je le redis en terminant, il est de notre devoir de démontrer aux autorités municipales que la création d'un dépôt — temporaire ou permanent — de gadoue, à l'emplacement choisi, serait chose dangereuse et funeste pour les habitants des XVIIe, XVIIIe et VIIIe arrondissements de Paris.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 6 mars 1890. — Présidence de M. POLAILLON.

A propos de l'adage « Naturam morborum ostendunt curationes ». — M. TISON se propose de combattre l'opinion d'après laquelle on tend aujourd'hui à reconnaître la nature syphilitique de toute affection qui se trouve améliorée ou guérie par un traitement ayant pour base l'iode et le mercure. Le médecin de l'hôpital Saint-Joseph présente plusieurs observations détaillées, trois entre autres où il montre l'efficacité du traitement par le mercure et l'iodure de potassium, bien que rien dans les antécédents, ni les symptômes n'ait pu faire soupçonner la syphilis.

Dans la première, il s'agit d'un malade de 22 ans, soigné à l'hôpital Saint-Joseph, du 26 octobre au 15 décembre 1889, pour une affection qui a présenté les symptômes d'une tumeur cérébrale ; stupeur, douleur du sommet de la tête, de la nuque, de la colonne vertébrale, de la constipation, de l'incontinence des urines et des matières fécales, de l'insomnie, du subdélire, de l'amnésie, une attaque épileptiforme, de l'inégalité des pupilles, etc. etc. Le traitement par les frictions mercurielles (9 en tout) et par l'administration quotidienne de 4 grammes d'iodure de potassium pendant 32 jours a produit une guérison complète.

Le second cas concerne un malade de 38 ans, atteint d'angine diphthéritique devenue gangréneuse et qui, après avoir détruit la luette, a ulcéré les piliers antérieurs du voile du palais, sans aucune tendance à la réparation tant qu'on n'a pas eu recours au traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, traitement qui a amené rapidement une guérison complète. Le malade est resté à l'hôpital Saint-Joseph du 21 novembre au 27 décembre 1889. Il a été revu plusieurs fois après sa sortie; la guérison s'était maintenue.

Dans le troisième cas, on voit un homme de 51 ans, porteur d'une tumeur qui siège sur le muscle jumeau interne, tumeur indolente, mais qui gêne la marche. Cette tumeur fusiforme, longue de 8 à 10 cent. et survenue trois mois et demi auparavant, à la suite de crampes violentes, a cédé du 7 août au 18 septembre 1885 à l'application de l'emplâtre de Vigo et à l'administration quotidienne d'une cuillère à bouche de sirop de Gibert et d'un gramme d'iodure de potassium.

Or, ces trois malades n'ont jamais présenté aucune trace de syphilis. Ni les commémoratifs, ni l'examen attentif de tous les stigmates qu'aurait pu laisser cette affection, n'ont permis d'établir ce diagnostic.

— M. Heulz : On rencontre souvent des sujets atteints de lésions syphilitiques qui ne peuvent faire l'objet d'aucun doute, et chez lesquels on ne trouve pas trace d'accidents antérieurs.

M. Balzer : Je ne vois pas, dans l'observation de M. Tison, de quelle nature pourrait être la tumeur si ce n'est de nature syphilitique. Parmi les tumeurs cérébrales, celles-là sont surtout d'origine syphilitique qui s'améliorent par le traitement mercuriel et ioduré.

— M. Delétrez (de Bruxelles) présente une intéressante observation de *néphrectomie abdominale, suivie de guérison, dans un cas d'hydronéphrose chez une enfant âgée de 10 ans.*

Les secrétaires des séances : MM. Gautrelet et Bovet.

COURRIER

Erratum. — Il s'est glissé une faute d'impression dans le numéro de jeudi 13 mars de l'*Union médicale,* page 376. Heureusement, cette faute est tellement grossière qu'elle saute aux yeux des lecteurs. Tout le monde a dû voir tout de suite qu'au lieu de : *Traitement de l'ictère rond de l'estomac,* ce qui n'a pas de sens, il fallait lire : *Traitement de l'ulcère rond de l'estomac.*

— Nous rappelons à nos lecteurs que le cours du docteur P. Bouloumié, sur les matières inscrites au programme de l'examen pour l'obtention du grade de médecin-major, commencera le lundi 17 mars, à quatre heures et demie, au siège de l'Union des femmes de France, 29, chaussée d'Antin, et y sera continué tous les lundis et vendredis, à la même heure. Le cours peut être suivi par les jeunes médecins aspirant au grade de médecin aide-major de 2e classe et par MM. les étudiants aspirant au grade de médecin auxiliaire.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Quelques mots d'introduction à l'étude de la médecine clinique,

Leçon recueillie par MM. GUYON et DUDEFOY.

Contrairement à la pathologie, science purement théorique, la médecine clinique est éminemment pratique. Elle étudie chaque malade individuellement, analyse rigoureusement les symptômes, les désordres matériels, cherche le lien qui peut les unir, s'applique à déterminer leurs conditions étiologiques et pathogéniques, puis à tirer de tout cet ensemble des indications pronostiques et thérapeutiques. Ce résultat n'est possible toutefois qu'en prenant l'anatomie et la physiologie normales pour base, car la connaissance de l'état morbide dépend forcément de celle de l'état normal, comme l'action thérapeutique des agents médicamenteux est nécessairement subordonnée à l'étude préalable des agents normaux qui entretiennent les phénomènes de la vie.

L'examen d'un malade commence naturellement par l'habitus extérieur qui souvent fournit au médecin le fil conducteur du diagnostic. Cet habitus comprend : 1° la physionomie, à laquelle se rapporte l'état des yeux, dont la valeur est des plus grandes, celui des traits du visage, du nez, de la bouche, du menton; 2° la coloration des téguments, dont divers aspects sont très significatifs; 3° les désordres anciens ou récents pouvant exister à la surface de la peau, éruptions diverses, cicatrices, œdèmes, varices, ulcères trophiques, cors, maux perforants; 4° les lésions diverses des ongles, si communes aux pieds, et enfin celles des poils, très fréquentes sur le cuir chevelu; chacun de ces désordres a, en effet, une signification sémiologique qu'il importe de savoir déterminer.

Cet examen une fois achevé, le clinicien s'enquiert des différents troubles qui peuvent exister et fait ainsi une revue de chacune des grandes fonctions de l'organisme, en commençant par celle qui est plus spécialement lésée. Il analyse minutieusement les caractères de la douleur et tous les phénomènes anormaux, bien convaincu que les moindres détails ont la plus grande importance dans le diagnostic des maladies, et que celui-ci repose uniquement sur le *mode symptomatique*. — Quelques exemples nous serviront à faire comprendre cette importance. Un individu est admis à l'hôpital pour une violente céphalée, c'est du moins le phénomène dont il se plaint le plus. Interrogé sur les caractères de sa douleur, il répond qu'elle occupe le front et aussi l'occiput, qu'elle est violente et provoque une sensation de serrement, de constriction semblable à celle d'un lien ou d'un

casque appliqué sur la tête, qu'elle offre enfin de légères exacerbations nocturnes et s'accompagne d'insomnie. Tenant compte du siège de la douleur, de la sensation de constriction qui l'accompagne, des exacerbations nocturnes et de l'insomnie, le médecin est conduit à diagnostiquer sûrement l'existence d'une céphalée urémique, car aucune autre douleur de tête ne présente ces caractères, pas même la céphalée syphilitique, toujours mieux circonscrite et d'une intensité excessive.

Un autre malade éprouve dans les jambes et quelquefois aussi dans les bras des sensations pénibles, insupportables de picotements et de fourmillements. Limitées aux extrémités, ces sensations sont symétriques, ont des exacerbations sous l'influence de la chaleur du lit; les pieds sont en sueur et cependant froids; le sommeil est difficile, agité par des cauchemars, des rêves terrifiants; au réveil, le malade est pris de vertiges, de nausées, de pituites vertes ou blanches. Ce tableau symptomatique ne peut être que celui d'une intoxication alcoolique, car chacun des symptômes signalés a une physionomie propre à tel point qu'un seul d'entre eux suffirait à fixer le diagnostic. Ajoutons à ce tableau l'exagération des réflexes plantaires, l'hypéralgésie des membres inférieurs, du tégument abdominal aux émergences surtout des filets nerveux, et la conviction d'une intoxication, non plus par l'alcool, mais par l'usage prolongé des boissons renfermant des essences, telles que vulnéraire, absinthe, etc., s'imposera forcément.

Voici un troisième malade très inquiet de sa santé, et qui se plaint d'éprouver chaque nuit, vers deux heures du matin, des sensations d'engourdissement dans la moitié droite du corps, de la faiblesse dans les membres du même côté et un léger degré d'aphasie. Ces accidents se dissipent peu à peu vers le matin, surtout à la suite du déjeuner, et reparaissent le lendemain vers la même heure. Ils préoccupent le malade et pourraient inquiéter également le médecin, qui ne tiendrait aucun compte du moment où ils surviennent, et ne saurait pas que ce moment est précisément celui de la souffrance de l'estomac pour les dyspeptiques. Un dernier malade, enfin, est éveillé chaque jour, vers deux ou trois heures du matin, par de l'angoisse, des palpitations avec irrégularités et intermittences du pouls; il se désespère, se croyant perdu, et cependant le cœur n'offre aucun signe anormal; mais l'heure où se produisent ces accidents indique assez leur relation certaine avec des troubles de l'estomac. Or, dans tous ces cas, le symptôme bien étudié permet de remonter sinon à l'origine du mal, du moins à sa condition pathogénique, il traduit, en effet, un certain mode de réaction de l'organisme vivant et, comme tel, il a le même degré de certitude que les réactions opérées par le chimiste au sein de substances chimiques.

A l'étude des symptômes succède la recherche des désordres matériels où les sens autant que l'intelligence sont mis en jeu ; aussi convient-il de les exercer fréquemment. Par leur intermédiaire, le médecin arrive à reconnaître les lésions matérielles des organes même les plus profonds; il doit de plus, tenant compte de leurs caractères physiques et des troubles fonctionnels qui en sont la conséquence, en préciser l'étendue et même la nature; mais, comme la fonction réside dans l'élément histologique, il faut arriver, par l'analyse physiologique, à déterminer l'élément lésé et l'état plus ou moins avancé de son altération. La chose aura d'autant plus d'importance qu'à cet élément devra s'adresser l'agent médicamenteux.

Supposons un malade atteint de cirrhose hépatique : le palper de l'or

gane et la percussion permettent de délimiter le foie et de connaître son volume. Le météorisme de la région supérieure du ventre, l'ascite, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales démontrent l'existence d'un obstacle à la circulation porte intra-hépatique, et par conséquent l'existence d'une lésion conjonctivo-vasculaire du foie; mais, si à ces phénomènes s'ajoutent un ictère hémaphéïque et des hémorrhagies, il devient évident que la cellule glandulaire a pris part au processus pathologique. D'un autre côté, chez un malade atteint d'emblée de ce même ictère, d'hémorrhagie, d'adynamie, etc., sans ascite, la localisation sur l'élément glandulaire sera également certaine et l'intégrité de l'élément conjonctif ne laissera aucun doute.

Le diagnostic de l'élément affecté est tout aussi facile quand il s'agit d'une lésion rénale, aussi avons-nous depuis longtemps divisé les néphrites en deux classes, suivant que l'altération portait sur les éléments épithéliaux ou sur le stroma conjonctivo-vasculaire. Il n'est pas plus difficile lorsque le cerveau est le siège de l'altération : un simple délire sans réaction fébrile est l'effet d'un trouble de l'élément nerveux (délire alcoolique ou narcotique); une attaque d'hémiplégie subite indique l'altération d'un vaisseau (hémorrhagie, ramollissement), tandis qu'une paralysie qui survient lentement et s'accompagne de contracture est le signe d'une localisation sur le tissu conjonctif (scléroses diverses). Remarquons que ces notions ne peuvent être négligées par le clinicien, auquel elles fournissent non seulement des indications pronostiques et thérapeutiques utiles, mais encore des données précieuses pour arriver au diagnostic de la maladie. Un individu, déjà âgé, divague, est agité, se remue, cherche à sortir de son lit; il n'a ni paralysie, ni contracture, ni réaction fébrile; bien plus, sa température est abaissée. L'élément nerveux est seul affecté dans ce cas particulier, et la forme du délire, l'abaissement de température conduisent à soupçonner un délire urémique que viennent confirmer la polyurie et l'albuminurie. En voici un autre, âgé de 30 ans; il est atteint d'une paralysie limitée, progressive, accompagnée dès son début de contracture; l'altération primitive de la substance conjonctive est évidente, et comme cette altération se trouve circonscrite, il y a lieu de songer à la possibilité d'une lésion syphilitique. Cette lésion sera peu à peu mise en lumière par sa marche spéciale à laquelle pourront s'ajouter des stigmates d'une ancienne syphilis. — N'oublions pas que le diagnostic d'une maladie doit toujours reposer sur des symptômes bien étudiés, et jamais sur une simple coïncidence. L'adage du *post hoc propter hoc* est funeste en médecine et opposé à la marche de cette science.

Ces procédés ont d'autant plus de valeur en médecine clinique que les localisations des maladies sont soumises à de véritables lois. Ne savons-nous pas que la syphilis, quel que soit l'organe intéressé, affecte principalement le tissu conjonctif ou mieux le tissu lymphatico-conjonctif; la fièvre typhoïde, le tissu adénoïde, etc., et, s'il existe des exceptions à ces lois, c'est que les maladies sont mal déterminées, comme nous pouvons le voir pour les localisations du rhumatisme. Autrefois le rhumatisme aigu était confondu avec le rhumatisme chronique et on prétendait que les déterminations locales de cette maladie s'effectuaient sur les tissus fibreux et séreux. Les recherches auxquelles je me suis livré, et que l'on trouvera exposées dans ces leçons, m'ont conduit à reconnaître que le rhumatisme aigu ou *fièvre rhumatismale* diffère du rhumatisme chronique, aussi bien

par son origine et son évolution que par ses manifestations locales. Ce dernier affecte particulièrement les tissus fibreux, les cartilages diarthrodiaux et l'endartère, tandis que le premier limite ses effets aux membranes séreuses, et, par conséquent, chacune de ces maladies a bien des lésions propres toujours localisées aux même tissus. Aussi est-ce à tort que l'on a voulu, dans ces derniers temps, rattacher le tabès médullaire à la syphilis, en s'appuyant sur le seul fait de la statistique, sans tenir compte ni de la lésion ni de son évolution. Or la lésion du tabès, qui porte sur le tube nerveux et ne tarde pas à s'étendre, est absolument distincte des lésions syphilitiques qui se localisent au système lymphatique et restent circonscrites ; s'il en était autrement, ce serait une exception ou plutôt la négation de la loi, et partant de la science. Concluons que les lésions matérielles des organes sont tout aussi spécifiques que les symptômes, et, dès lors, symptômes et lésions bien analysés doivent forcément conduire le médecin au déterminisme de la cause, à peu près comme les réactions fournies par une substance inconnue permettent au chimiste de reconnaître la composition de cette substance.

Dans ces conditions, le diagnostic d'une maladie doit être chose positive entre médecins également instruits, et il ne peut y avoir plus de contestation entre deux médecins qu'entre deux chimistes. S'il n'en est pas toujours ainsi, c'est que malheureusement les types pathologiques sont loin d'être déterminés, et que trop souvent ils reposent sur des caractères de second ordre, comme si, pour classer des espèces animales, il fallait tenir compte de la couleur du poil et du nombre des membres. Une affection qui a été dans ces derniers temps l'objet d'un grand nombre de travaux inutiles, et dont on a voulu faire un type nettement défini, est la *cirrhose* dite *hypertrophique*. Les caractères de cette affection étaient l'augmentation de volume du foie, l'ictère, les hémorrhagies, etc. ; mais ces caractères, excellents pour renseigner sur la localisation histologique, sont insuffisants quand il s'agit de déterminer la nature du mal. S'ils nous permettent de reconnaître que le stroma et les cellules hépatiques sont altérés, ils ne nous disent rien sur la cause de cette altération. Ce qui distingue surtout une lésion à ce point de vue, c'est avant tout son évolution. (Voyez à ce sujet notre Atlas d'anat. pathologique.)

Or, l'affection décrite sous le nom de cirrhose hypertrophique, évolue tantôt en quelques mois, tantôt en plusieurs années, contrairement à ce qui arrive pour des désordres de même origine, et, conséquemment, ne peut être toujours identique à elle-même. Du reste, si on cherche la raison de ces différences, on ne tarde pas à constater que la cirrhose dite hypertrophique à marche rapide, se rencontre uniquement chez le buveur, tandis que la cirrhose hypertrophique à évolution lente est le propre de l'impaludisme, et qu'ainsi des affections distinctes aussi bien par leur évolution que par leur origine ne peuvent constituer un type défini et recevoir la même dénomination.

En somme, le diagnostic d'une maladie, pour être complet, doit comprendre l'étude des désordres fonctionnels et matériels, de leurs rapports et d leur évolution, conditions nécessaires pour arriver à la notion de la cause

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE — IX — LES NÈGRES DE L'AFRIQUE SUS-ÉQUATORIALE (Sénégambie, Guinée, Soudan, Haut-Nil), par Abel HOVELACQUE, professeur à l'Ecole d'anthropologie. — Paris, 1889. Lecrosnier et Babé, libraires éditeurs.

« On rencontre des populations de peau noire, ou noirâtre, en Afrique, en Asie, en Océanie... » Mais l'auteur, dans le présent livre, nous donne exclusivement l'histoire et la description des nègres de l'Afrique sus-équatoriale, *Sénégambiens, Guinéens, Soudaniens, Nilotiques*, qui, « d'une façon générale, forment un ensemble ethnique », et qui peuvent être considérés comme constituant jusqu'à un certain point les vrais nègres, « les nègres proprement dits ». Les noirs du Sud, « pris dans leur ensemble, appartiennent à un type plus élevé; » les Bantous, en particulier, « sont des nègres métissés, qui l'emportent sur leurs voisins du Nord par une civilisation plus développée ». On ne saurait mettre en doute, dans l'intérêt de la science de l'homme, l'utilité de l'étude du nègre. Sous ce rapport, le livre et les conclusions de l'auteur sont très remarquables.

Le livre de M. Hovelacque est divisé en deux parties : la première a pour titre : *Ethnographie spéciale*. Elle est consacrée à l'étude des groupes ou races, isolément, en une série de monographies. La seconde, intitulée : *Ethnographie générale*, est « un résumé sociologique qui permettra d'embrasser d'un coup d'œil général l'ensemble de tout le sujet ».

Dans la première partie ou *ethnographie spéciale*, l'auteur passe en revue et nous fait connaître successivement 62 groupes ou races, dont il indique l'espace occupé sur le sol africain, et dont il décrit la nature, la structure, la vie tout entière, les caractères propres. Ses descriptions sont détaillées, complètes. Il nous donne la forme des traits du visage, celle du crâne, l'indice céphalique, la disposition des dents, le degré de prognatisme, la nuance de la peau, les conditions anatomiques des membres, l'habillement, les cheveux, la coiffure, l'alimentation, les langues que parlent les peuplades, les coutumes, les habitations, les mariages, l'usage banal du divorce, la ridicule vanité de ces êtres placés aux derniers rangs de l'espèce humaine, leurs occupations, leurs industries, leur fétichisme et leurs autres superstitions et crédulités, qu'il est impossible de considérer comme se rattachant à des sentiments religieux, les esclaves, les griots et les griotes, les funérailles, etc. etc.

Les mœurs des nègres ont été décrites il y a plus de 200 ans, et, chose intéressante au point de vue de l'avenir, elles n'ont pas changé. Les voici d'après Davity, Mollien, Demanet, etc. «... Lascifs au possible, larrons, trompeurs et menteurs, font gloire d'abuser les autres, manquent à tout propos de parole, tellement goulus qu'ils ne mangent pas, mais dévorent ainsi que des bêtes. Les femmes cherchent leurs plaisirs ailleurs qu'avec leurs maris et désirent principalement les étrangers... Elles n'ont aucune notion de pudeur et de décence... Le nègre est tellement paresseux qu'il ne travaille que par contrainte, uniquement pour vivre, sans quoi il terminerait sa carrière dans l'oisiveté, dans les divertissements, dans la danse... passe sa jeunesse dans les plaisirs et la débauche, l'âge moyen dans l'oisiveté... conserve une tranquillité inconnue à la plupart des hommes... ne regrette pas le passé, n'appréhende pas l'avenir... sans projet de fortune, il ne connaît que celui de vivre au jour le jour... Le vrai signe du caractère nigritique, ajoute M. Hovelacque, est sa disposition véritablement enfantine... » Ce tableau ne rapproche-t-il pas d'une manière incontestable les nègres des animaux?

Dans la seconde partie, *ethnographie générale*, l'auteur a repris, classé et apprécié les nombreux détails donnés dans la première sur la nature et l'existence des nègres. Cette partie, sérieusement et abondamment traitée, est d'un grand intérêt. Nous y voyons, entre autres faits très notables, la région frontale moins développée que chez le blanc. Les os de la partie antérieure sont appliqués à un cerveau antérieur moins développé; au contraire la partie occipitale a plus de développement. « Les facultés intellectuelles les plus élevées ont ici une importance moins considérable, toutes proportions gardées, qu'elles ne l'ont dans les races blanches... Le bassin est moins large que chez le blanc,

et affecte ainsi un caractère plus animal... Pendant la période de l'enfance, le nègre dépasse en intelligence l'enfant blanc du même âge; mais son esprit ne prend aucun développement; le fruit est là; il ne mûrit point; le corps se fortifie, l'esprit reste stationnaire... » — comme chez les grands singes — etc., etc.

Ne pouvant m'étendre aussi longuement que je le voudrais sur les considérations nombreuses et savantes qui suivent et qui forment un véritable enseignement, je transcris ici les conclusions de l'auteur, où se révèle son esprit philosophique et observateur :

« Par leur développement intellectuel et par leur civilisation, les nègres africains sont inférieurs à la masse des populations européennes; personne évidemment n'en peut douter.

« Personne ne peut douter non plus que, sous le rapport anatomique, le noir ne soit moins avancé que le blanc en évolution.

« Les nègres africains sont ce qu'ils sont : ni meilleurs ni pires que les blancs, ils appartiennent simplement à une autre phase de développement intellectuel et moral.

« Ces populations enfantines n'ont pu parvenir à une mentalité bien avancée, et à cette lenteur d'évolution il y a eu des causes complexes. Parmi ces causes, les unes peuvent être recherchées dans l'organisation même des races nigritiques, les autres peuvent l'être dans la nature de l'habitat où ces races sont cantonnées.

« Toutefois, ce que l'on peut assurer avec expérience acquise, c'est que prétendre imposer à un peuple noir la civilisation européenne est une aberration pure. Un noir a dit un jour à des voyageurs blancs que la civilisation blanche était bonne pour les blancs, mauvaise pour les noirs. Aucune parole n'est plus sensée.

« Il est impossible de le nier, là où ont pénétré les missions chrétiennes, aussi bien les missions protestantes que les catholiques, elles n'ont fait que porter l'hypocrisie et un raffinement de dépravation.

« Est-ce à dire que la destinée du noir africain doive nous laisser indifférents, et que nous ne devions pas songer à le faire bénéficier de nos progrès? En aucune façon.

« Il s'agit, tout au moins, d'épargner l'eau-de-vie de traite, les missions religieuses et les coups de fusil à un grand enfant crédule et inconstant, auquel il ne faudra de longtemps, semble-t-il, demander les qualités de l'homme fait. »

On voit que le livre de M. Hovelacque est bien de nature à rendre plus vive la lumière sur la question non élucidée encore de l'élément nègre dans l'humanité.

Dr G. Richelot père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Procédé technique d'étude du noyau des globules blancs. — M. Chauveau présente au nom de M. Mayet (de Lyon) la note suivante :

Aucune des méthodes employées jusqu'à présent pour rendre évidents les noyaux des globules blancs du sang et qui consistent, soit à traiter ces éléments par l'alcool ou par l'acide acétique plus ou moins dilués, soit dans l'emploi de divers réactifs colorants comme la fuchsine rouge, le bleu d'aniline, le bleu de méthylène, etc., qui colorent à peine le protoplasma et fortement le noyau, ne donne une idée assez exacte de leur configuration.

Le noyau reste, en effet, enfermé dans le protoplasma et la réfraction de la lumière par la substance de celui-ci, même rendue plus pâle et plus transparente, ne permet pas de se rendre un compte exact de sa forme. La plupart des noyaux paraissent multiples et beaucoup d'observateurs ont considéré les leucocytes polynucléés comme nombreux, ce qui est une erreur, ainsi que l'a très bien vu Ranvier.

Pour apprécier exactement la forme des noyaux, l'acide acétique doit être employé autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Il faut le mélanger intimement au sang dans la proportion d'une partie de celui-ci pour trois du réactif, qui doit être à l'état d'acide monohydraté cristallisable. Par ce mélange, les globules rouges deviennent très

peu apparents, le protoplasma des leucocytes est lui-même absolument dissous et les noyaux ainsi isolés et comme décortiqués apparaissent au microscope avec un contour aussi net que possible. Ce procédé est très favorable pour se rendre compte de leur configuration. Leurs nucléoles deviennent aussi très visibles.

On voit que Ranvier, seul, en a donné une description exacte, quoiqu'il indique un autre procédé pour leur étude (l'alcool dilué).

A la nomenclature des formes diverses qu'ils peuvent affecter, on peut cependant ajouter, après lui, quelques variétés. Outre les formes en fer à cheval, en boudin gonflé et replié, en sphères régulières ou étranglées, bourgeonnantes, multilobées, j'ai constaté les formes de sphères multiples égales ou inégales de volume, réunies par des parties étroites, en chapelet plus ou moins tortueux; de deux croissants réguliers se regardant par la concavité et réunis par une bride transversale; de cylindre étroit plusieurs fois replié sur lui-même comme un vibrion, avec sphères placées à côté de lui et unies à sa substance par un pont très délié, etc.

Les nucléoles, rendus plus apparents par le réactif, sont multiples. A chaque renflement ou sphère correspond un nucléole.

Ces formes diverses sont des indices de préparation à la division de l'élément. Si les leucocytes polynucléș sont, ainsi que l'a vu Ranvier, beaucoup plus rares que ne l'ont admis d'autres observateurs trompés par ces apparences, c'est que, dès que la division complète du noyau s'est effectuée, la division du protoplasma lui-même se fait simultanément ou suit de très près, et qu'il faut avoir la chance de saisir sous le microscope les leucocytes où la division s'apprête à se faire immédiatement et n'est pas encore faite.

Il paraît évident, d'ailleurs, qu'un seul leucocyte peut fournir parfois plusieurs petits leucocytes nouveaux, car les sphères de division, qui ne sont reliées que par d'étroites brides prêtes à se rompre, sont souvent au nombre de trois, quatre ou cinq.

Ces apparences existent dans le sang normal, mais des formes absolument identiques sont visibles en beaucoup plus grand nombre dans le sang leucocythémique.

Ce procédé n'est applicable qu'à l'étude de la forme générale des noyaux, mais ne fournit aucune donnée sur leur structure intime si compliquée, ni sur les phénomènes qui se passent dans leur intérieur ou dans le protoplasma pendant leurs transformations et la segmentation, soit directe, soit indirecte, de l'élément.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Ostéome des muscles de la cuisse. — Opération de Wladimiroff-Mickulicz. — Néphrectomie contre les tumeurs du rein. — Traitement des pyélo-néphrites suppurées. — Curettage de l'utérus.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Schmitt, relatif à l'*ostéome des muscles de la cuisse*. A la suite d'une chute de cheval, un cavalier se rompit les muscles de la partie interne des cuisses, au niveau des adducteurs. Il résulta de l'accident l'impossibilité de monter à cheval et de marcher longtemps. Une tumeur se développa de chaque côté au lieu de la rupture. Ces tumeurs étaient irrégulières et mobiles, offraient tous les caractères des ostéomes. A droite, l'ostéome siégeait dans le premier adducteur; à gauche, dans le moyen.

On a pu recueillir 18 observations du même genre. Les ostéomes se développent à la suite d'un traumatisme musculaire, quand l'âge du blessé n'est pas trop avancé.

M. Schmitt divise les ostéomes en quatre catégories : Ostéomes non douloureux; ostéomes non douloureux et empêchant le travail; ostéomes douloureux avec travail possible; ostéomes douloureux empêchant le travail. Dans les trois derniers cas, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement et l'opération n'offre aucun danger. Cependant, d'après M. Chauvel, les douleurs peuvent persister.

— M. Chauvel fait un second rapport sur une observation d'*opération de Wladimiroff-Mickulicz* envoyée par M. Chaput. Le malade, âgé de 24 ans, souffrait depuis un an des

suites d'un traumatisme du pied droit; les douleurs et la déformation rendaient la marche impossible, certains mouvements normaux étaient limités en même temps qu'i y avait de la mobilité anormale.

En opérant, on reconnut qu'il y avait des fractures du calcanéum, du scaphoïde et de l'astragale. Il y eut quelques difficultés opératoires. La marche fut facile, bien qu'il y eût quelques mouvements limités de flexion entre les os du tarse et ceux de la jambe. M. Chauvel fait remarquer que, peut-être, on aurait pu faire une opération plus parcimonieuse et que, de plus, on ne peut être fixé que fort tard sur les résultats définitifs de ce mode d'intervention.

M. Berger cite des cas dans lesquels l'existence d'une mobilité d'avant en arrière, entre les os du tarse et ceux de la jambe, nuisait beaucoup à la marche. On a dû alors faire des opérations complémentaires ou même amputer.

— M. Villeneuve (de Marseille) fait une communication sur le *traitement des tumeurs du rein par la néphrectomie.* Il s'agit d'un homme de 46 ans qui avait depuis dix-huit mois des crampes et des douleurs épigastriques souvent accompagnées de vomissements. Au mois de septembre 1889, il avait eu une hématurie qui, depuis, s'était reproduite chaque mois deux ou trois fois. Au moment où M. Villeneuve vit le malade, en janvier 1890, les douleurs épigastriques étaient augmentées par la pression, mais ne s'irradiaient pas. A droite, il y avait une grosse tumeur rénale du volume d'une tête de fœtus à terme, mobile, dure et régulière. Le ballottement rénal était facile à provoquer. La quantité d'urine rendue oscillait entre 2,000 et 2,500 grammes à 2,700 grammes; la réaction était acide et la quantité d'urée à peu près normale.

L'opération fut faite le 31 janvier 1870 par la voie lombaire. L'isolement de la tumeur fut facile en bas, mais pénible dans sa partie supérieure. On dut enlever le rein ramolli, facile à écraser par morceaux. La plaie fut drainée et bourrée de gaze iodoformée. La guérison survint en six semaines. La quantité d'urine oscille actuellement entre 1,600 et 2,500 grammes en vingt-quatre heures.

M. Villeneuve fait remarquer l'absence du varicocèle, la polyurie existant avant et après l'intervention, et la persistance de la même quantité d'urée. La douleur épigastrique était le seul phénomène douloureux.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma du rein.

— M. Monod reprend la discussion sur la *traitement des pyélo-néphrites suppurées.* Il rapporte un cas analogue à celui que M. Brun a cité dans la dernière séance. La malade était âgée de 36 ans 1/2 et souffrait depuis trois ans de douleurs vésicales, intenses surtout au moment de la miction. Ses urines étaient, à certains moments, chargées d'une véritable purée de pus. On sentait facilement en avant la tumeur rénale qui versait son contenu dans la vessie. M. Monod incisa la paroi abdominale antérieure et trouva une collection purulente à la fois autour et dans l'intérieur du rein; il y avait pour ainsi dire deux loges superposées, l'une sur la capsule et l'autre dans le rein. Ce dernier fut enlevé, de sorte qu'il y eut une néphrectomie sous-capsulaire. Un gros pédicule fut formé par le rein lui-même et une contre-ouverture pratiquée à la région lombaire.

Malgré son état cachectique, la malade supporta très bien l'intervention. Les forces revinrent rapidement et l'opéré quitta l'hôpital avec une petite fistule. Plus tard, un phlegmon apparut dans la région lombaire et fut incisé; la fistule qui survint persista pendant quatre ans.

Dès la première opération, les urines avaient cessé d'être purulentes. Dans ce cas, il est évident qu'il fallait agir primitivement sur le rein et non sur la vessie.

M. Le Dentu fait remarquer que, quand on constate à la fois sur un malade des signes de lésions des reins et de la vessie, il importe, avant de décider son opération, de rechercher avec le plus grand soin quelle est l'origine du mal.

Dans le cas où la cystite domine dans l'urétéro-pyélite, dans la cystalgie, lorsque le rein est peu touché, la colpocystotomie peut suffire. M. Le Dentu l'a vu amener la guérison complète, bien qu'elle puisse échouer. Il faut cependant l'essayer d'abord, car il sera toujours temps d'intervenir du côté du rein.

S'il y a pyonéphrose accentuée avec complications inflammatoires, il faut faire la néphrectomie. Quelquefois la cystite persiste après cette opération, et il faut alors la traiter.

M. Schwartz a fait deux fois la cystotomie vaginale contre des cystites douloureuses et purulentes. Dans le premier cas, l'ouverture de la vessie mit fin aux douleurs et les urines redevinrent normales; mais deux tentatives répétées à six mois d'intervalle pour fermer la fistule furent suivies de douleurs et de ténesme entraînant la rupture des sutures ou la nécessité de rouvrir le trajet. Cependant, dix-huit mois après sa première intervention, M. Schwartz a pu fermer le trajet au niveau duquel il ne persiste qu'une fistulette.

Chez la deuxième malade, l'opération fit en grande partie disparaître une pyélonéphrite légère.

M. Terrillon a eu dernièrement à traiter une femme souffrant de troubles vésicaux et ayant une énorme tumeur rénale, fluctuante. Pour la laparotomie, on retire 4 litres de liquide purulent. C'était une hydronéphrose suppurée. Les urines s'éclaircirent rapidement et trois semaines après l'intervention, elles ne renfermaient plus de pus. La poche rénale s'est beaucoup rétrécie.

M. Brun fait remarquer que, dans son cas, il n'y avait pas d'augmention de volume manifeste du rein, mais de la cystite purulente et de l'urétérite; de plus la malade était très déprimée. On devait donc faire la cystotomie.

Dans la cystite d'origine tuberculeuse, M. Brun pense qu'il ne faut pas chercher à fermer la fistule, car alors les accidents reparaissent.

— M. Polaillon rapporte les résultats qu'il a obtenus en traitant les *endométrites par l'application de flèches de chlorure de zinc à demeure*. Ce procédé a été employé par lui pour la première fois en novembre 1883. Les flèches doivent être faites avec parties égales de farine et de chlorure de zinc et on doit proportionner leur volume et leur longueur à ceux de la cavité utérine. Les dimensions de cette dernière étant déterminées, on y place une flèche convenable et l'eschare se produit rapidement sans grandes douleurs; ces dernières, toujours peu accentuées, durent deux à trois heures au plus. Il n'y a pas de fièvre. On fait des irrigations antiseptiques le lendemain de l'opération ; la flèche et l'eschare tombent le troisième ou le quatrième jour. Il faut faire rester quelques jours les malades au repos.

Généralement une seule cautérisation suffit. Si une vingtaine de jours après la première intervention l'utérus est encore douloureux, on peut replacer une flèche.

M. Polaillon a appliqué son traitement à 57 malades à l'hôpital. Il a obtenu 11 soulagements, 1 amélioration, 40 guérisons, et n'a eu que 5 échecs. Cependant, parmi les opérées guéries, il y a eu quelques récidives. Assez fréquemment il y a réinfection de l'utérus. En ville, sur 12 cas, il y a eu 1 insuccès, 3 améliorations, 8 guérisons dont 2 récidives. L'ovaro-salpingite peut guérir par la cautérisation de l'utérus, cependant elle est souvent cause des récidives.

Le procédé que préconise M. Polaillon n'exige ni chloroforme, ni antisepsie, ni dilatation préalable, ni abaissement de l'utérus. Il n'offre aucun danger.

M. Pozzi pense que le traitement de l'endométrite par le chlorure de zinc peut donner lieu à des sténoses tardives ; de plus, il lui semble qu'il est difficile de limiter l'action du caustique. Il a appliqué le curettage avec succès plus de 100 fois. Pour lui, la dilatation préalable est inutile, sauf chez les nullipares ou dans les déviations utérines. Il vaut mieux dilater au moment d'opérer. La curette à bord mousse est toujours suffisante et comme pansement le tamponnement vaginal suffit. L'opération réussit contre les métrites hémorrhagiques et catarrhales ; s'il y a des lésions étendues du col, il faut souvent faire l'opération d'Emmet ou de Schrœder. Contre les métrites chroniques, il faut faire l'amputation biconique du col. Le curettage n'agit que sur la salpingite catarrhale aiguë.

M. Trélat regarde la méthode de M. Polaillon comme devant être infidèle dans beaucoup de cas. Il préfère le curettage.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat pendant le mois de février 1890.

Mercredi 5 février. — N° 87. M. Bouisson (Guillaume) : Contribution à l'étude du charbon intestinal humain. (Président, M. Straus.) — N° 88 Descoings (Adolphe): De l'amygdalite considérée comme maladie contagieuse et infectieuse. (Président, M. Straus.)

Jeudi 6. — N° 89. Springer (Maurice) : La croissance, son rôle en pathologie ; essai de pathologie générale. (Président, M. Proust.) — N° 90. Paillotte (Raoul) : Note sur l'alimentation des nouveau-nés. (Président, M. Tarnier.) — N° 91. Perchaux (Ernest) : Histoire de l'hôpital de Lourcine. (Président, M. Laboulbène.) — N° 92. Mordret (Ernest) : Etude anatomo-pathologique et clinique sur les salpingo-ovarites. (Président, M. Laboulbène.) — N° 93. Coffin (Ernest) : Etude sur le rein des tuberculeux et sur la néphrite tuberculeuse en particulier. (Président, M. Brouardel.) — N° 94. Brocard (Victor) : De la pleurésie grippale. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 95. Ferrand (J.-Ch.-V.) : Contribution à l'étude de la gangrène des membres pendant le cours de la fièvre typhoïde. (Président, M. Dieulafoy.)

Samedi 8. — N° 96. Lorentz (Albert) : Contribution à l'étude de la filariose. (Président, M. Laboulbène.) — N° 97. Carl (Edouard) : Contribution à l'étude de l'actinomycose chez l'homme. (Président, M. Laboulbène.) — N° 98. Mollard (Edouard) : Parallèle entre la fièvre rhumatismale et le rhumatisme chronique. (Président, M. Laboulbène.)

Lundi 10 et mardi 11. — Pas de thèses.

Mercredi 12. — N° 99. Robineau-Duclos (A.) : Les incisions chirurgicales du rein. (Président, M. Trélat.) — N° 100. Franche (L. P.) : De la pleurésie consécutive au phlegmon de la paroi thoracique. (Président, M. Lannelongue.) — N° 101. Bruhl (Isaac) : Contribution à l'étude de la syringomyélie. (Président, M. Charcot.)

Jeudi 13. — N° 102. Berger (Emile) : La chirurgie du sinus sphénoïdal. (Président, M. Duplay.) — Decressac (Eugène) : Contribution à l'étude de la chirurgie du cerveau basée sur la connaissance des localisations. (Président, M. Duplay.) — N° 104. Dahlepyl (Gustave) : Traitement opératoire des ostéo-arthrites fongueuses de l'enfance. (Président, M. Lefort.) — N° 105. Conte (Castulle) : Le pouls capillaire, sa pathogénie, sa valeur séméiotique. (Président, M. Laboulbène.) — N° 106. Planet (Abel) : Tumeurs osseuses du cou. La septième côte cervicale. (Président, M. Mathias-Duval.) — N° 107. Boyer (Louis) : Du cœur forcé dans l'infanterie de marine. (Président, M. Peter.) — N° 108. Benoist (Gabriel Henri) : L'érythème vermillon syphilitique du voile du palais. (Président, M. Dieulafoy.)

Vendredi 14. — N° 109. Ortholan (J.) : De quelques déformations consécutives au spina ventosa. (Président, M. Lannelongue.) — N° 110. Garnier (Robert) : Des abcès chauds, pathogénie et traitement antiseptique. (Président, M. Guyon.) — N° 111. Richer (Paul) : De la périodontite expulsive et de son traitement. (Président, M. Lannelongue.)

Du samedi 15 au mercredi 19. — Pas de thèses.

Jeudi 20. — N° 112. Philippe (Paul) : Traitement de l'anus contre nature. Critique des procédés anciens. Etude des procédés de M. Chaput. (Président, M. Duplay.) — N° 113. Girard (Edmond) : Considérations sur les accidents immédiats produits par l'avulsion des dents sur les sinus maxillaires à l'état sain. (Président, M. Duplay.) — N° 114. Palasme de Champeaux : Du lymphadénôme. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 115. Jolly (J.-B. Paul) : Influence de la scrofulo-tuberculose sur le développement de la chlorose. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 116. Oiry (Eugène) : Etude sur un cas d'envahissement du nerf cubital par un épithéliome pavimenteux lobulé. (Président, M. Mathias-Duval.)

Du vendredi 21 au lundi 24. — Pas de thèses.

Mardi 25. — N° 117. Kœnig (Jean-Marie-Edmond) : De l'artério-sclérose et des affections oculaires qui en dépendent. (Président, M. Charcot.) — N° 118. Lachèse (Georges) : Les eaux minérales de Jouannette (Maine-et-Loire). (Président, M. Proust.)

Mercredi 26. — N° 119. Conzette (Gaston Barthélemy) : Contribution à l'étude des ovaires à petits kystes. (Président, M. Trélat.) — N° 120. Hudelo (Lucien) : Contribution à l'étude des lésions viscérales dans la syphilis héréditaire. (Président, M. Fournier.) —

N° 121. Vaquez (Henri) : De la thrombose cachectique. (Président, M. Potain.) — N° 122. Nicolle (Manrice) : Contribution à l'étude des affections du myocarde. Les grandes scléroses cardiaques. (Président, M. Potain.)

Jeudi 27. — N° 123. Rieffel (Henri) : De quelques points relatifs aux récidives et aux généralisations des cancers du sein chez la femme. (Président, M. Duplay.) — N° 124. Parmentier (Em.) : Etudes cliniques et anatomo-pathologiques sur le foie cardiaque. (Président, M. Cornil.) — N° 125. Lion (Gaston) : Essai sur la nature des endocardites infectieuses. (Président, M. Peter.) — N° 126. Barthélemy (Hildevert) : Contribution à l'étude du mal perforant dans la paralysie générale progressive. (Président, M. Ball.) — N° 127. Chaker (Mohammed) : Etude sur l'hématurie d'Egypte causée par la Bilharzia hœmatobia. (Président, M. Laboulbène.) — N° 128. M. Gaube (J. M. Raymond) : La diphthérie à Bordeaux. (Président, M. Laboulbène.)

FORMULAIRE

Pilules contre la toux. — N. Guéneau de Mussy.

Goudron purifié........................	1 gramme.
Poudre de Dower	1 gram. 50 centigr.
Benjoin pulv............................	q. s.

F. s. a. 20 pilules. — Une pilule plusieurs fois dans la journée, dans le cas de bronchite catarrhale chronique, avec emphysème, lorsque la toux est tenace et persistante.
N. G.

COURRIER

Un concours, pour la nomination à la place de chef des laboratoires de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mardi 15 avril 1890, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat généra-de l'administration, depuis le lundi 17 mars jusqu'au lundi 31 du même mois inclusivement, de onze heures à trois heures.

— M. le professeur Brouardel a commencé le cours de médecine légale le lundi 17 mars 1890, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : Le criminel. Blessures. Empoisonnements. Asphyxies.

— M. Villejean, agrégé, a commencé les conférences de chimie organique médicale le lundi 17 mars, à une heure de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

— M. le professeur Straus a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée le lundi 17 mars 1890, à cinq heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage). Objet du cours : Technique bactériologique. Microbes pathogènes et maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. Etude expérimentale de l'immunité.

— M. le professeur Proust commencera le cours d'hygiène le mardi 18 mars 1890, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Bar, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, le mardi 18 mars 1890, à huit heures du matin (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Seront admises :

1° Les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1889; 2° Les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1890, l'examen d'admission à la Clinique. Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le lundi 17 mars, de trois à quatre heures de l'après-midi, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 1).

— M. le professeur Hayem a commencé le cours de thérapeutique et matière médicale le lundi 17 mars 1890, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— Les démonstrations pratiques de physiologie ont commencé le lundi 17 mars 1890, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à quatre heures. Les élèves de 2e et de 3e années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de 2e année, du 17 mars au 17 mai; les élèves de 3e année, du 19 mai au 5 juillet. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

— M. Retterer, agrégé, a commencé les conférences d'histologie le lundi 17 mars 1890, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. Déjerine, agrégé, a commencé ses conférences le lundi 17 mars 1890, à trois heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. Objet des conférences : Maladies du système nerveux.

— M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 19 mars 1890, à onze heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. Letulle, agrégé, commencera les conférences d'anatomie pathologique le mardi 18 mars 1890, à deux heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le mardi 18 mars 1890, à midi (Petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours à l'Ecole pratique le mercredi 19 mars, à cinq heures, et le continuera les samedis et mercredis suivants. L'objet du cours sera la « Thérapeutique des maladies de l'urèthre et de la vessie ».

— M. le professeur Pinard commencera le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le vendredi 21 mars 1890, à neuf heures du matin (Clinique Baudelocque, à la Maternité, 125, boulevard de Port-Royal), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Ordre du jour : lundi et vendredi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.

Nouveau journal. — Nous recevons les deux premiers numéros des *Archives générales d'Hydrologie, de Climatologie et de Balnéothérapie*, publiées sous la direction scientifique de MM. Proust, Lecorché, Constantin Paul. — Rédacteur en chef, docteur Paul Rodet.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur DÉJERINE.

Conférences sur les maladies du système nerveux.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Nous avons étudié, l'année dernière, l'anatomie pathologique des maladies du système nerveux. Cette année, nous allons consacrer ces leçons à leur étude clinique.

Je vous ai déjà dit que, dans les maladies du système nerveux, plus que dans les autres branches de la pathologie, les progrès de nos connaissances marchaient de pair avec ceux de la pathologie expérimentale. Nous sommes redevables, en effet, de beaucoup de notions nouvelles aux efforts poursuivis par les physiologistes pendant les vingt dernières années.

Nous devrons étudier isolément, appareil par appareil, les maladies de l'encéphale, de la moelle épinière et des nerfs périphériques; mais je dois vous dire d'abord que, très souvent, les lésions du cerveau, de la moelle, des nerfs périphériques évoluent simultanément. Dans la sclérose en plaques, le cerveau et la moelle sont pris en même temps, même quand les symptômes cérébraux sont au minimum; il y a toujours des plaques de sclérose cérébrale, seulement ces plaques siègent dans des régions latentes, dans celles dont la symptomatologie est mal connue. Il en est de même pour l'ataxie locomotrice; pendant longtemps, on a cru que c'était une maladie limitée à la moelle; actuellement, on sait qu'elle est aussi caractérisée par des lésions des nerfs sensitifs, sensoriels et moteurs; la sclérose n'est pas localisée aux cordons postérieurs.

Nous aurons à étudier aussi les névroses qui sont sans substratum anatomique. Cependant, leur nombre se réduit de plus en plus; c'est ainsi que, dernièrement, on a décrit dans l'épilepsie dite essentielle des lésions de sclérose particulière siégeant à la convexité des hémisphères.

Nous aurons encore à parler du rôle du traumatisme dans l'apparition de ces névroses. Vous savez combien on s'est occupé de cette influence des traumatismes. Ces derniers sont surtout des accidents de chemin de fer ou d'autres analogues dans lesquels on ne peut trouver aucune lésion matérielle expliquant le développement des phénomènes. Il apparaît chez les malades des accidents de divers ordres, moteurs, sensitifs, psychiques; mais, je vous le dis dès maintenant, ces phénomènes sont loin de se rattacher tous à l'hystérie, comme on l'avait soutenu.

Ce qui domine dans l'étude des maladies du système nerveux, c'est bien

plus la localisation de la lésion que la connaissance intime de la cause; ce qui domine, c'est une question de localisation.

La pathologie du système nerveux est bien différente de celle des autres systèmes. Dans l'infarctus cérébral, les conséquences physiques sont, comme pour les autres infarctus, la suppression de l'apport du sang et la perte des fonctions des parties irriguées, mais c'est là le seul point commun.

Quelles conséquences symptomatiques a un infarctus siégeant dans l'artère rénale, dans l'artère splénique ou dans l'artère pulmonaire? Dans la rate, il ne s'accuse par aucun signe. Dans le rein, les symptômes sont toujours les mêmes, quelle que soit l'étendue de l'infarctus : ce sont l'hématurie et les douleurs rénales. Dans l'infarctus pulmonaire, selon qu'il occupe un rameau plus ou moins volumineux de l'artère, on a une hémoptysie plus ou moins abondante, une dyspnée plus ou moins intense, et ce sont là les seules différences.

Combien différente est la symptomatologie de l'infarctus cérébral, d'après son siège. On peut observer les symptômes les plus divers, selon qu'il correspond à la zone sensitive, à la zone latente ou aux régions motrices. Tantôt les malades sont aphasiques avec ou sans hémiplégie motrice, tantôt ils ont de la cécité verbale, tantôt enfin de l'hémiplégie sensitive.

Tout ce que nous venons de dire peut s'appliquer aux lésions de la moelle épinière. Il y a deux espèces de lésions de la moelle : les diffuses et les systématiques. Dans le rein, il y a aussi des lésions vasculaires et parenchymateuses, mais, quelle que soit la partie du rein frappée, les symptômes sont à peu près toujours les mêmes; leur intensité seule diffère, voilà tout. Pour la moelle, au contraire, le tableau est essentiellement variable. S'il y a une sclérose des cordons postérieurs, on aura l'ataxie ou la maladie de Friedreich. Une inflammation diffuse donnera une myélite transverse avec paraplégie et contracture. Enfin, des plaques de sclérose disséminées, la sclérose en plaques à forme spinale. La myélite aiguë des cornes antérieures est très différente de la myélite centrale; la première nous donne le tableau de la paralysie infantile, tandis que, dans la myélite aiguë centrale, les accidents paralytiques très prononcés sont accompagnés de troubles de sensibilité.

Cette question de localisation médullaire joue un rôle considérable dans le diagnostic méthodique de certaines affections spinales telles que la syringomyélie; cette maladie se caractérise par de l'atrophie musculaire et une dissociation très remarquable de la sensibilité, celle du tact étant conservée, tandis que la sensibilité thermique et la sensibilité à la douleur ont disparu.

Quand on constate cet ensemble de symptômes, on peut dire qu'il y a une lésion dans la partie centrale de la moelle, occupant surtout la partie moyenne de la région dorsale. C'est aux physiologistes qu'on doit de pouvoir faire ce diagnostic; c'est grâce aux expériences de Schiff et de Brown-Séquard que le syndrome de la syringomyélie a pu être fixé.

Pour les nerfs périphériques, il y aura aussi des névrites systématiques que l'on peut reconnaître à la première inspection, comme celle de la paralysie saturnine, par exemple. D'autres fois, la névrite n'est pas localisée, mais occupe seulement les nerfs moteurs; c'est ce qui existe dans la paralysie ascendante aiguë de Landry, dans la maladie connue sous le nom de paralysie générale spinale antérieure subaiguë. Dans certains cas les troubles trophiques, les altérations cutanées existent seuls. Quelquefois, les altéra-

tions portent à la fois également sur des nerfs sensitifs et moteurs, comme dans les névrites alcooliques; quelquefois, les altérations sensitives sont beaucoup plus marquées, comme dans le tabès périphérique; enfin, tous les nerfs peuvent être pris, et l'on a des symptômes ressemblants à ceux des myélites aiguës centrales.

La question de la localisation de la lésion domine donc toute la pathologie nerveuse, et nous commencerons par étudier les localisations des maladies de l'encéphale.

En présence d'un malade hémiplégique, vous devez vous demander d'abord où siège la lésion et ne chercher sa nature que quand vous l'avez localisée. Alors vous pouvez faire votre pronostic et vous occuper de l'intervention thérapeutique, que vous ne devez jamais oublier ; mais on ne peut arriver à l'étude de ces derniers points que quand la topographie est faite et, en d'autres termes, étudier les maladies encéphaliques revient à étudier les localisations cérébrales.

Le premier travail sur ces localisations date de 1861. Il est dû à un savant français dont nous pouvons nous enorgueillir, à l'illustre Broca. Il montra que les individus qui ne parlaient plus, qui avaient perdu la mémoire des mouvements nécessaires pour l'articulation des mots, avaient une lésion de la partie postérieure de la troisième frontale gauche. Cette découverte suscita, du reste, des contradictions nombreuses. On reprocha à Broca de vouloir remettre en honneur les travaux de Gall et Spürzheim, mais il sut prouver la vérité de ses idées et, chose trop rare, assista de son vivant à leur triomphe.

Jusqu'en 18.0, la seule localisation admise, et encore pas par tous, était celle de l'aphasie. En 1870, deux physiologistes allemands firent progresser la science dans des proportions considérables en prouvant l'excitabilité de l'écorce du cerveau. Jusqu'à eux, on admettait qu'il n'y avait pas de centres spéciaux pour les mouvements et les sensations. Fritsch et Hitzig, en montrant que l'excitation du gyrus sigmoïde du chien provoquait des mouvements dans les membres renversèrent toutes les notions acquises. Vinrent ensuite les travaux de Ferrier, puis de beaucoup d'autres que j'aurai à vous citer plus tard, et l'on arriva peu à peu à établir chez l'homme la doctrine des localisations cérébrales.

Il ne faut pas oublier que toutes les altérations encéphaliques qui se traduisent par des symptômes hémiplégiques, par des troubles sensitifs, ne sont pas accessibles à nos sens. Dans un certain nombre d'hémiplégies, avec ou sans anesthésie sensitive, l'anatomie pathologique n'a rien trouvé. Il faut donc bien se garder, quand il y a une hémiplégie ou une hémianesthésie, d'affirmer que ces phénomènes sont la conséquence d'une lésion matérielle. Ce sont là les faits qu'on a désignés sous le nom de paralysies psychiques et hystériques.

En étudiant les maladies du cerveau, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement, les tumeurs, je me propose d'observer une méthode un peu différente de celle qui est employée dans vos livres classiques; je vous décrirai complètement les symptômes des lésions corticales, des lésions du centre ovale, de celles de la capsule interne ; puis, quand je traiterai de chaque maladie en particulier, je me bornerai à vous rappeler les principaux symptômes qu'elles peuvent présenter sans entrer dans leurs détails.

Commençons donc notre travail par le diagnostic topographique des lésions cérébrales.

Les phénomènes consécutifs à une lésion cérébrale sont directs ou indirects.

On entend par phénomènes directs, par conséquences directes d'une lésion, ceux qui dérivent de l'altération de la partie de l'encéphale où siège la lésion. C'est ainsi qu'on observe l'hémiplégie dans une lésion corticale de la zone motrice. En même temps, du reste, il peut y avoir contractures, tremblement, hémiathétose, lorsque la lésion est peu destructive.

Les symptômes indirects sont très variables, ils sont la conséquence des troubles déterminés par les modifications de voisinage. L'hémorrhagie cérébrale a son lieu d'élection dans la capsule externe; suivant les conditions dans lesquelles se fait cette hémorrhagie, suivant qu'elle se produit rapidement ou lentement, qu'il y a une quantité grande ou petite de sang épanché, les symptômes sont très différents. Quand l'hémorrhagie est lente et donne peu de sang, il y a d'abord compression de la capsule interne; cette compression entraîne une hémiplégie motrice aussi nette que si la capsule avait été coupée; il y a annihilation par compression des fonctions de la capsule interne. Il résulte de cela que, lorsque l'hémiplégie est récente, on ne peut dire si la capsule est comprimée ou sectionnée.

Par la suite, s'il y a simplement compression, le caillot se résorbe et les fonctions reviennent; au contraire, si la continuité des fibres est interrompue, il y a hémiplégie avec contracture secondaire.

Il y a d'autres phénomènes indirects qu'il me faut vous signaler. Couramment, dans les hospices de vieillards, vous verrez apporter à l'infirmerie des malades atteints d'hémiplégie avec aphasie. Ces phénomènes relèvent le plus souvent d'un ramollissement cortical, et il vous sera impossible, au début, de dire s'ils doivent disparaître ou devenir permanents. On ne peut faire la part entre la destruction et ce qui n'est qu'un trouble vaso-moteur passager. Souvent la parole revient en quelques jours, d'où l'on conclut qu'il n'y avait qu'un ramollissement ayant produit l'anémie des régions voisines.

Il en est de même de l'apoplexie, dont on ne connaît pas la physiologie pathologique. L'apoplexie est une suspension complète des fonctions cérébrales, une espèce d'inhibition qui peut être la conséquence de n'importe qu'elle lésion encéphalique. Si elle ne se rencontrait que dans une lésion localisée toujours dans le même point, on pourrait essayer de fixer sa cause, mais rien de semblable n'existe et n'importe quelle lésion peut la produire. L'apoplexie rentre dans les phénomènes d'inhibition décrits par Brown-Séquard.

Dans certaines hémorrhagies cérébrales, quand l'irruption du sang est considérable et a lieu dans la capsule interne, quelquefois le sang entre dans le ventricule et passe même, en la perforant, à travers la voûte à trois piliers. Généralement il y a alors des contractures bilatérales, et ce phénomène permet d'annoncer l'existence d'une inondation ventriculaire. L'irritation de l'épendyme donne donc naissance à des phénomènes diffus, tels qu'une contracture générale.

On ne peut porter le diagnostic précis de la localisation que dans certaines conditions spéciales. Tout d'abord il faut qu'il y ait une hémorrhagie ou un ramollissement cérébral, c'est-à-dire une lésion nette, destructive.

Les tumeurs, les méningites, les encéphalites donnent naissance à des phénomènes diffus qui tiennent à la fois à la perte de la fonction de la

partie atteinte et à des excitations à distance. Il n'y a donc pas de netteté clinique. Ce n'est que dans les premiers cas que l'on peut porter un diagnostic complet, et ce sont du reste les lésions que l'on rencontre le plus fréquemment. Il faut, pour que ce diagnostic exact soit fait, que tout phénomène secondaire ait cessé d'exister; on ne pourra donc jamais poser ce diagnostic dans les premiers jours qui suivent l'apparition de l'aphasie, de l'hémiplégie, etc.; il faut, pour ainsi dire, que les lésions soient tassées, et l'on doit attendre cinq ou six semaines après le début de la maladie.

Ces considérations peuvent s'appliquer à la moelle. Au point de vue anatomo-pathologique, la paralysie infantile est une myélite aiguë des cornes antérieures. Cliniquement, c'est une paralysie à marche rapide accompagnée de fièvre d'emblée très étendue et suivie après un temps plus ou moins long d'atrophies musculaires. Lorsque l'on porte son pronostic un mois ou six semaines après le début de la maladie, on voit un an après que l'on s'est toujours trompé en bien. Au début, le malade est paraplégique et un grand nombre de muscles semblent en voie d'atrophie; six mois ou un an plus tard, la situation est très améliorée.

Le phénomène direct est la destruction d'une certaine quantité de cellules des cornes antérieures ; cette lésion directe est irréparable. Mais, au-dessus et au-dessous d'elles, les cellules présentent des altérations très légères, indirectes, et peuvent revenir à l'état normal.

Avant d'aborder l'étude des localisations cérébrales, je dois vous dire quelques mots des méthodes qui ont été employées. La première est celle des cas positifs dus à Broca. Sur un malade aphasique moteur, on trouve différentes lésions corticales, entre autres une altération de la partie postérieure de la troisème frontale; sur un aphasique pur, on ne trouve que cette altération de la troisième frontale; on en conclut alors que l'on peut localiser en ce point le centre du langage articulé.....

Cette méthode doit être complétée par celle des cas négatifs, c'est-à-dire par l'étude des faits où il y a aphasie sans lésions de la circonvolution de Broca. Ces cas, Messieurs, sont à peine au nombre de 1 ou 2 p. 100.

La question des localisations sensitives corticales n'a pas beaucoup progressé pendant ces derniers temps et on tend à admettre que les zones des diverses sensibilités ne sont guère indépendantes les unes des autres.

Quelle que soit la lésion considérée. elle est toujours en clinique plus étendue que celle que la physiologie expérimentale peut produire. On peut, en physiologie expérimentale, isoler, sur une espèce de singes, les points qui correspondent à la flexion du pouce ou à celle du gros orteil. Ce dernier exemple vous prouvera, Messieurs, jusqu'à quel point les centres moteurs de l'écorce sont spécialisés et achèvera de vous démontrer l'importance des localisations.

BIBLIOTHÈQUE

La femme pendant la période menstruelle, étude de psychologie morbide et de médecine légale, par le docteur S. Icard. Paris, 1890. — Félix Alcan, éditeur.

Les partisans de l'égalité absolue des deux sexes négligent un facteur important qu'il ne dépend pas d'eux de supprimer : l'état psychique et physique de la femme pendant la période menstruelle, source de troubles considérables qui l'empêchent d'être à tout instant prête à remplir les devoirs de la vie publique.

Sous le titre : *La femme pendant la période menstruelle*, étude de psychologie morbide et de médecine légale, M. le docteur Icard examine les troubles qui accompagnent l'accomplissement de cette fonction. Il étudie l'influence de la menstruation sur l'état mental de la femme, son état précaire, avec exacerbation des troubles psychiques, chez les névrosées et les aliénées, et ses différents modes d'action pendant la puberté, l'âge mûr et la ménopause.

Il montre ensuite comment ces perversions de l'intelligence peuvent faire sentir leur influence dans la sphère de la volonté et dans celle du sentiment.

De nombreuses observations médicales montrent dans les troubles de la volonté le délire des actes (kleptomanie, pyromanie, dipsomanie), celui des instincts (nymphomanie, monomanie-suicide), la manie aiguë, les délires innomés, les impulsions diverses telles qu'actes de violence, de destruction, de fureur aveugle et subite, etc.

Après les troubles de la volonté, M. Icard étudie ceux des sentiments et des affections, et en dernier lieu, les conceptions délirantes, idées de désespoir, de ruine, de maladie, le délire religieux, les hallucinations, etc.

L'auteur termine son travail par des considérations sur le rôle de la femme dans la famille et la société; on doit tenir compte de l'état mental que produit la fonction menstruelle, lequel peut varier du simple malaise, de la simple inquiétude de l'âme jusqu'à l'aliénation, à la perte complète de la raison, en modifiant la moralité des actes depuis la simple atténuation jusqu'à l'irresponsabilité absolue.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOMMAIRE : Traitement de la diphthérie. — Peut-on employer le lait bouilli dans l'alimentation artificielle des nouveau-nés?

Comme on le sait, le traitement de Gaucher dans la *diphthérie* consiste dans des applications locales de la solution suivante :

Acide phénique	5-10 grammes.
Camphre	20-30 —
Acide tartrique	0 gr. 25 centig.-0 gr. 70 centig.
Alcool à 90°	10 grammes.
Huile d'olive	Volume égal à celui du mélange.

Ce traitement vient d'être l'objet d'une discussion intéressante à la Société nationale de médecine de Lyon.

M. CLÉMENT l'a employé avec un succès constant dans une quinzaine de cas. En faisant toutes les deux heures des applications avec une éponge trempée dans la solution, on voit les fausses membranes se réduire et disparaître en deux ou trois jours. M. Clément ne fait pas, comme M. Gaucher, de friction violente, mais se contente de simples attouchements.

M. MAYET a employé pendant longtemps les cautérisations avec la glycérine phéniquée (un quart d'acide pour trois quarts de glycérine). Il y a renoncé parce qu'il a toujours vu les fausses membranes repulluler. M. Clément est peut-être tombé sur une bonne série; et, pour M. Mayet, la cautérisation dans la diphthérie est comme la cautérisation dans le chancre simple; elle agrandit les ulcérations et entretient la maladie.

M. BONDET s'élève aussi contre les cautérisations, quel que soit le caustique que l'on emploie. Elles favorisent presque fatalement l'extension des fausses membranes. Cependant, en présence des résultats obtenus par MM. Gaucher et Clément, il conseille d'essayer leur traitement, auquel il attribue surtout une action antiparasiticide.

Pour M. GIRIN, le danger n'est pas dans la gorge, mais dans l'organisme tout entier, et le raitement général seul peut rendre des services.

M. SOULIER est aussi partisan de la méthode de M. Gaucher, car son mélange est un

excellent parasiticide, ainsi que l'ont prouvé Chantemesse et Widal; ce traitement peut rendre d'immenses services.

De la discussion ci-dessus, à laquelle un certain nombre d'autres membres de la Société ont aussi pris part, il résulte que le traitement de M. Gaucher, son mode d'action étant réservé, a reçu l'approbation de beaucoup des membres du corps médical de Lyon. Nous tenions à mettre ce fait en évidence, nos confrères lyonnais ayant très fréquemment l'occasion de traiter la diphthérie. Actuellement, la méthode de M. Gaucher doit être employée sans hésitation dans la plupart des cas.

*
* *

M. le docteur Laurent, dont le travail a déja été cité par M. Stapfer (*Union médicale*, 1890, n° 30, p. 353), a fait à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle une communication très intéressante sur le *lait bouilli au point de vue de l'allaitement artificiel.* Jusqu'au moment de la publication de l'instruction du Congrès de la tuberculose, il avait cru, se basant sur les faits recueillis par lui à Rouen et dans ses environs, que le lait non bouilli était plus facilement digéré et ne donnait pas lieu, comme le lait bouilli, à des troubles intestinaux appartenant plus ou moins à la dyspepsie et même à l'inflammation des voies digestives (coliques, — constipation fréquente, — irrégularité des garde-robes, — selles granuleuses, mal liées, — diarrhée par moments, etc.), les diverses fonctions physiologiques, la dentition, la locomotion, etc., se manifestaient d'une manière plus régulière.

Devant la prescription de l'instruction du Congrès, qui ordonne de faire bouillir le lait, M. Laurent crut devoir contrôler par la statistique les résultats qu'il avait obtenus et recueillit les chiffres, encore très incomplets, que lui fournirent les médecins-inspecteurs, les nourrices, etc.

De ces recherches il résulte que le lait bouilli est réellement nuisible et diminue la résistance vitale du nouveau-né. Il ne faudrait l'autoriser qu'à partir de l'époque où l'appareil digestif de l'enfant a la puissance nécessaire pour agir sur d'autres aliments que le lait, à six ou sept mois, par exemple. Ce ne serait donc que par la surveillance des vacheries qu'il faudrait lutter contre la transmission de la tuberculose par le lait.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Laurent, M. Brouardel a fait d'abord remarquer que non seulement le lait bouilli se digérait mal, mais que, de plus, la pollution du lait pouvait se faire par la projection dans le seau des produits du lèchage des bêtes.

Pour M. Toussaint, le lait doit être bouilli complètement, tandis qu'il n'est pas bouilli réellement par les ménagères. Valebs (de Genève) a trouvé des microbes tuberculeux et autres dans le lait dit bouilli. Le lait des environs de Paris ne peut être que mauvais, puisque les bêtes sont nourries au moyen des drèches. Malgré la défense de l'introduction des drèches à Paris, il existe de nombreux courtiers en drèches qui les vendent jusqu'à 60 centimes seulement les 100 litres. On pourrait phosphater les drèches pour obtenir un lait meilleur.

Enfin, M. Lagneau a avoué qu'actuellement, quoique faisant partie de la Commission d'hygiène de l'enfance, il ne sait dorénavant si elle croira devoir recommander le lait cru ou bouilli.

Le docteur Uhlig (*Iahrb. f. Kinderheilkunde,* t. XXX, fasc. 1 et 2) a fait des essais d'alimentation intéressants avec du lait stérilisé par la méthode de Soxhlet. On divise la quantité de lait que l'on veut donner en un certain nombre de flacons dans lesquels on fait bouillir le liquide; chacun de ces flacons sert de biberon. Les enfants étaient atteints, avant l'administration du lait, de dyspepsie aiguë avec diarrhée dyspeptique, de dyspepsie chronique, de choléra infantile. Le chiffre des décès (étant défalquées les morts par maladie intercurrente) fut de 7 pour 35 malades, résultat excellent, la mortalité pour les enfants atteints de troubles digestifs oscillant entre 48,7 et 80 p. 100.

En fait, la question du lait bouilli est encore à l'étude et l'on ne saurait trop engager les hygiénistes à recueillir de nouveaux documents. P. Rodais.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire sur l'absolue nécessité d'édicter une loi rendant obligatoire la vaccination et les revaccinations, par M. le docteur Ch. Amat;

2° Une note sur les accidents causés par la décomposition des bois de construction, par M. Crié (de Rennes);

3° Une relation de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi au collège de Beaupréau, par M. le docteur Farge (d'Angers);

4° Une note sur l'incompatibilité de l'eau et de la cantharidine, par M. le docteur Piedpremier;

5° Trois cas de dengue observés à Nice, par M. le docteur Niepce (de Nice);

6° Un travail sur l'épidémie de grippe qui a sévi à Argentan, par M. le docteur Gondouin;

7° Un rapport sur les revaccinations pratiquées au 6e hussards, par M. le docteur Huguenard.

L'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale a donné lieu à deux tours de scrutin.

Au premier tour, M. Terrier a obtenu 36 voix; M. Chauvel, 35, et M. Périer, 1; il y avait un bulletin blanc. Au second tour, M. Chauvel a été élu par 41 voix, contre 33 à M. Terrier et 1 bulletin blanc.

— M. Budin lit un rapport par lequel il propose de colorer les paquets antiseptiques (sublimé et acide tartrique) par le carmin d'indigo en solution alcoolique. Une goutte colorerait chaque dose d'antiseptique. La formule serait la suivante :

Sublimé corrosif..	25 centigr.
Acide tartrique..	1 gramme.
Solution alcoolique de carmin d'indigo à 5 p. 100...	1 goutte.

Faire sécher et mettre en paquet, avec les précautions adoptées lors de la discussion de la question en général.

— M. Hervieux lit un rapport sur un projet de décret concernant la vaccine obligatoire à l'île de la Réunion. Le Conseil d'Etat a ajourné ce projet, ce que regrette M. Hervieux, qui pense qu'il faut voter une loi rendant la vaccine obligatoire dans les colonies, la variole y étant très redoutable. Les sages-femmes devraient être encouragées à faire des vaccinations; la date moyenne de la première vaccination fixée à trois mois; les vaccinations non réussies recommencées trois fois au moins. Les revaccinations pourraient être pratiquées tous les dix ans, et imposées dans les établissements agricoles et industriels en face d'une épidémie variolique ou d'une menace d'épidémie. La vaccine animale est indispensable.

L'Académie adopte les conclusions suivantes :

1° Encourager ou au besoin prescrire la création d'un office vaccinogène, qui serait d'un puissant secours pour la propagation de la vaccine et l'atténuation des épidémies varioliques.

2° Autoriser l'exécution du décret projeté, toutes réserves étant faites sur certaines dispositions dudit décret.

3° Si l'ajournement du projet était définitif, rappeler à l'administration locale que, aux termes de la loi d'organisation municipale du 5 avril 1884, les corps municipaux et les maires ont, entre autres fonctions, celles d'assurer la salubrité, de prévenir et d'arrêter les épidémies et les maladies contagieuses, et, par conséquent, d'organiser, comme on l'a fait maintes fois en Kabylie et au Tonkin, les vaccinations et les revaccinations obligatoires.

4° Dans le cas où les pouvoirs municipaux négligeraient, en présence d'une menace d'épidémie ou d'une épidémie confirmée, d'appliquer les lois existantes, le pouvoir central, représenté dans la colonie par le gouverneur, devrait imposer la pratique des vaccinations et des revaccinations.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1890. — Présidence de M. E. Labbé.

Sommaire : *L'infection par bacille typhique sans lésions intestinales. — La septicémie typhoïde. — Broncho-pneumonie grippale sans streptocoque ni pneumocoque. — Tension artérielle dans la grippe.*

M. Vaillard (du Val-de-Grâce) fait en son nom et au nom du docteur Vincent une communication sur un cas de maladie infectieuse dans laquelle ils ont trouvé deux microbes, le bacille typhique et le streptocoque, sans que le malade ait eu de lésions intestinales.

Un jeune soldat convalescent d'une grippe légère présente successivement une céphalalgie, de grandes douleurs lombaires, une excitation cérébrale avec température de 40°, une épistaxis très abondante; bientôt après, coma vigil avec anesthésie complète, contracture de la nuque et des muscles du pharynx; constipation absolue. La mort survient le dixième jour, après une courte détente des accidents cérébranx.

A l'antopsie, on constate une congestion générale, et, en certains points, de l'œdème des méninges cérébrales et spinales. Congestion pulmonaire. Tuméfaction et ramollissement de la rate, qui pèse 480 gramme. Aucune altération de l'intestin.

Des cultures sur différents milieux, notamment sur la pomme de terre, ayant été faites avec la pulpe splénique, le sang du poumon, des fragments de moelle, de bulbe et de protubérance, révèlent un bacille mobile, morphologiquement semblable au bacille typhique décrit par Eberth, Gaffky, Chantemesse et Widal.

Outre ce bacille, on a trouvé dans la rate et l'exsudat méningé le streptocoque que M. Vaillard a signalé déjà dans les cas de grippe mortelle.

Le malade avait donc succombé à une infection mixte par streptocoque et bacille typhique.

M. Vaillard admet que la fièvre typhoïde a évolué ici sans son cortège habituel de symptômes et de lésions. Pourquoi l'infection typhoïde ne pourrait-elle pas exister sans se traduire par les signes et les localisations intestinales décrits par Louis et ses successeurs?

Il rappelle un cas, observé par Banti, d'iléo-typhus sans lésions appréciables de l'intestin, mais avec constatation des bacilles typhiques dans la rate et les ganglions mésentériques.

Adenot a cité un fait de méningite sans altérations intestinales, avec présence dans l'exsudat méningé d'un bacille qu'il a identifié, sans preuve absolue, il est vrai, avec le bacille typhique.

M. Vaillard pense donc que, dans certains cas, le bacille typhique peut déterminer une infection mortelle sans produire les lésions caractérisées comme pathognomoniques de la fièvre typhoïde. Il peut alors se localiser sur des organes différents, et de ces diverses localisations naîtront des formes cliniques singulièrement distinctes des formes classiques. Il pourra même exister des cas si frustes que le diagnostic ne pourra être fait que par l'exploration bactériologique de la rate et des autres organes.

M. Netter dit qu'on connaît cinq observations de méningite avec bacille semblable à celui de la fièvre typhoïde (Neumann, Schæffer, Gabriel Roux, Adenot, Netter). Netter et Neumann n'ont pas admis cependant qu'il y eût identité, les cultures des bacilles de la méningite étant sur pomme de terre légèrement saillantes et brunâtres.

Les observateurs lyonnais n'ont pas été arrêtés par ces différences et ont conclu à l'identité avec le bacille d'Eberth. Il serait bien désirable qu'on découvrît une caractéristique du bacille d'Eberth moins sujette à controverse que l'aspect des cultures sur pommes de terre.

M. Guyot a eu récemment, dans son service, un malade pour lequel le diagnostic rationnel était méningite cérébro-spinale et dont la seule lésion était une petite ulcération d'une plaque de Peyer.

M. Vaillard ajoute que, dans le régiment d'où venait le malade dont il a rapporté l'observation, il n'y avait pas avant lui de cas de fièvre typhoïde, mais que peu de jours après on en constatait sept cas.

M. Chantemesse n'hésite pas à souscrire au diagnostic de MM. Vaillard et Vincent, et il se base sur des raisons tirées : 1° des résultats expérimentaux; 2° de l'étude de la fièvre typhoïde; 3° de l'existence de fièvre typhoïde grave avec des lésions intestinales insignifiantes.

1° Dans son mémoire avec M. Widal, M. Chantemesse a montré que, chez les animaux, l'inoculation du bacille d'Eberth fraîchement retiré du corps humain reproduit non pas l'image fidèle de la fièvre typhoïde de l'homme, mais une septicémie capable d'être atténuée. Chez les malades de Banti, de MM. Vaillard et Vincent, on retrouve la septicémie typhoïde des animaux.

2° En 1887, les auteurs auraient trouvé le bacille typhique dans le placenta d'une femme ayant avorté au cours d'une fièvre typhoïde, ils avaient obtenu expérimentalement chez le cobaye le passage des germes de la mère au fœtus.

Dernièrement, sur un fœtus de six mois dont la mère avait avorté pendant la période d'état d'une fièvre typhoïde, ils ont trouvé le bacille typhique à l'état de pureté dans la rate, le foie, le sang du cœur, sans aucune altération de l'intestin.

Dans trois autres cas, Reber, Neuhans, Eberth ont aussi trouvé le bacille typhique dans les organes de fœtus expulsés pendant la fièvre typhoïde de la mère, sans lésion de l'intestin. Donc, en pareil cas, il s'agit d'une vraie septicémie engendrée par pénétration directe du bacille dans le sang du fœtus.

3° Dans un fait clinique recueilli à l'Hôtel-Dieu annexe (service de M. Chantemesse), un malade avait présenté la fièvre, les taches rosées, la tuméfaction de la rate, les complications pulmonaires. A l'autopsie, on constata la rate volumineuse, le foie gros, une broncho-pneumonie double, et, pour toute lésion intestinale, *une* seule ulcération *lenticulaire* près de la valvule iléo-cœcale. Le bacille typhique pullulait dans les organes. On peut bien admettre que cette lésion intestinale insignifiante eût pu faire défaut sans rien changer à l'allure clinique de la maladie.

Donc, si l'infection typhique produit presque toujours chez l'homme des lésions intestinales, par exception celles-ci peuvent faire défaut. De même l'expérimentation a prouvé que l'injection du bacille tuberculeux dans le sang peut déterminer une infection générale sans tubercules visibles à l'œil nu. MM. Vidal et Chantemesse ont démontré que le streptocoque, qui en général fait du pus, peut produire aussi une septicémie puerpérale sans purulence.

— M. Gaucher relate deux autopsies de grippe où la mort fut causée par pneumonie. Dans les deux cas, l'aspect macroscopique était celui de la pneumonie lobaire avec hépatisation grise, mais le microscope montrait l'existence d'une broncho-pneumonie massive pseudo-lobaire, avec abondance de leucocytes dans les alvéoles et les bronchioles.

L'examen bactériologique n'a décelé ni pneumocoque ni streptocoque. M. Thoinot, qui a fait cet examen, a obtenu des colonies d'un petit bacille auquel M. Gaucher n'attache pas une grande importance.

M. Grancher a vu plusieurs cas de grippe intestinale simulant une fièvre typhoïde au début.

Parmi les formes nerveuses, il signale un cas de névralgie du trijumeau n'ayant cédé qu'au sulfate de quinine; des accidents pseudo-méningitiques ayant disparu au bout de vingt-quatre heures chez une petite fille; l'angoisse précordiale, l'irrégularité des battements du cœur et du pouls pendant la convalescence; des cas d'otite suppurée, de mastoïdite et de thyroïdite.

— M. Huchard a communiqué des recherches sur la tension artérielle dans la grippe.

P. L. G.

FORMULAIRE

Lotions contre la conjonctivite. — De Saint-Germain et Valude.

Acide salicylique....................	0 gr. 50 centigr.
Hydrolat de lavande	20 grammes.
Eau distillée..........................	80 —

F. s. a. une solution, que l'on emploie sous forme de lotions, dans la conjonctivite printanière des enfants. — N. G.

COURRIER

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées, qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1886 :

Médailles d'or. — M. le professeur Lacassagne, à Lyon; M. Gebhart, pharmacien, à Epinal.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Pujos, à Auch; le professeur Lhuissier, à Rennes; Thibaut, pharmacien, à Lille; Blarez, pharmacien (Gironde).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Mangenot et Guède, à Paris; Mabille, à l'asile de Lafond; Blanquinque, à Laon; Fouquet, à Vannes; Toussaint, à Mézières; Massot, à Perpignan; Durand, à Saint-Nazaire.

Faculté de médecine de Paris. — M. Bouchard, professeur de pathologie et thérapeutique générale à la Faculté de médecine de Paris, est dispensé du service des examens du 15 février au 31 octobre 1890. — M. Rondeau, préparateur des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, chef adjoint desdits travaux.

— M. Weiss, agrégé, a commencé les conférences de physiologie le mardi 18 mars 1890, à deux heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Jalaguier, agrégé, a commencé les conférences de pathologie externe le mardi 18 mars 1890, à quatre heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Ch. Richet a commencé le cours de physiologie le mardi 18 mars 1890, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'accouchements le mardi 18 mars 1890, à six heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet du cours : « Pathologie de la grossesse; Dystocie; Opérations. »

Congrès des Sociétés savantes. — M. Alphonse Milne-Edwards, membre de l'Institut, vice-président de la section des sciences, du comité des travaux historiques et scientifiques, professeur administrateur du Muséum d'histoire naturelle et à l'Ecole supérieure de pharmacie, etc., présidera la séance d'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, le mardi 27 mai prochain, en remplacement de M. Berthelot empêché.

— Dans sa séance du 3 mars 1890, le Conseil municipal a désigné MM. Dubois, Albert Petrot, Faillet, Navarre, P. Straus et Catiaux pour faire partie du jury pour le choix du meilleur traité sur l'organisation des secours à domicile.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — L'Académie a procédé le lundi 10 mars cou-

rant à l'élection du membre à présenter pour la chaire de chimie du Muséum. La liste était dressée ainsi qu'il suit : *Ex æquo* : MM. Arnaud et Maquesne. M. Arnaud a obtenu 35 suffrages contre 5 donnés à M. Maquesne.

MONUMENT RICORD. — Un comité, sous la présidence de M. le professeur A. Fournier, vient de se former pour élever un monument à la mémoire de Philippe Ricord. Les cotisations sont reçues, 76, rue de la Victoire, chez M. le docteur Horteloup, secrétaire du comité.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Cette Société, fondée en 1852, a constitué ainsi son bureau pour 1890 : Président, M. Garnier; vice-présidents, MM. Le Coin et Billion; secrétaire général, M. Gibert; trésorier, M. Kinselbach.

HISTOIRE CHIMIQUE DE LA TRUFFE. — M. A. Chatin, qui a publié il y a vingt ans une étude sur la truffe, la complète par de nouvelles recherches botaniques et chimiques. Il vient de communiquer à l'Académie des sciences les résultats de nombreuses analyses quantitatives auxquelles il a soumis la truffe de Périgord (*tuber melanosporum*) et la truffe de Bourgogne-Champagne (*tuber uncinatum*).

Un premier résultat de ces analyses, dit-il, est d'établir la grande richesse des truffes : en azote, ce qui explique leur valeur comme aliment plastique ; en acide phosphorique et en potasse, qui dépassent ensemble 50 p. 100 du poids des cendres. Viennent ensuite : le soufre, qui entre avec l'azote dans les matières protoplasmiques ou animalisées, le fer, la chaux, la magnésie, la soude, et en particulier le manganèse et l'iode, jusqu'ici non signalés.

Les résultats fournis par la truffe dite de Périgord sont forts concordants, que celles-ci proviennent du Dauphiné, de la Provence, du Poitou ou du Périgord même. Quant à la truffe de Bourgogne, les quelques analyses dont elle a été l'objet tendent à établir qu'elle contiendrait un peu moins de phosphore et d'azote que la truffe du Périgord.

La comparaison des truffes aux terres qui les ont produites fait ressortir ce fait remarquable, que la proportion de l'azote, du phosphore, de la potasse, de la chaux, du fer, etc., est à peu près la même dans les truffes, que le sol soit riche ou pauve en ces éléments, ce qui conduit à admettre qu'en ce dernier cas il y a *emmagasinement* des matériaux puisés peu à peu dans les sols pauvres.

La richesse des truffes en azote, même lorsque, ce qui est commun, elles sont venues dans les terres rocailleuses et maigres, dites garrigues dans le Midi, conduit d'ailleurs spécialement à cette hypothèse : « que la truffe serait une plante *sidérale* » dont il y aurait lieu, sans doute, de rapprocher d'autres tubercules souterrains et les champignons épigés des sols arides, notamment le *terfaz* des Arabes, cette truffe qui abonde dans les sables du désert, où durant plusieurs mois, de mars à mai, elle est la nourriture des caravanes. M. Chatin compte recevoir bientôt, pour ses analyses, le *terfaz* et sa terre..

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 22 mars 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Perrin : Rapport sur la candidature de M. Guichard (correspondant). — M. Abadie : Prophylaxie et traitement de la phthisie pulmonaire. — 3. M. Dobieszewski : Compte rendu des recherches faites à l'Hôtel-Dieu sur l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les CAPSULES DARTOIS constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

TRIBROMURE GIGON. — Epilepsie, Hystérie, Névroses.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — ***Fièvres, anémie.***

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Elle sera bleue... la couleur des solutions antiseptiques dont l'Académie permet aux sages-femmes de se servir. Et voici close la discussion relative à l'emploi du sublimé en obstétrique. Ce qui ne veut pas dire qu'elle soit passée au bleu et que les sages-femmes ne tiendront pas compte des instructions qui leur seront données en même temps que les petits paquets de M. Budin. Nous espérons, au contraire, qu'elles en tiendront le plus grand compte, pour le plus grand bien de leurs malades.

Cependant, je ne puis m'empêcher de me faire l'écho de quelques membres éminents de l'Académie, d'un professeur de clinique obstétricale entre autres, qui aurait désiré qu'on permît aux sages-femmes d'employer une substance moins dangereuse que le sublimé. Et il citait un fait récent à l'appui de sa thèse : deux injections de sublimé à 1 pour 5,000 ont provoqué des phénomènes inquiétants d'intoxication chez une accouchée. Je sais bien qu'il s'agissait ici d'injections *intra-utérines* et que les sages-femmes ne feront que des injections *vaginales*; mais, après l'accouche-

FEUILLETON

CAUSERIE

« Quand nous serons à dix, dit-on communément, nous ferons une croix. » J'ai déjà fait plusieurs croix lorsqu'il s'est agi de relever les bourdes que commettent les écrivains non médecins qui parlent de choses médicales. En voici une nouvelle.

On a joué récemment à l'Odéon une pièce qui est tombée à plat; et c'était justice. Elle s'appelait *Grand'mère*, par.... ma foi, j'ai oublié le nom de l'auteur. On voyait dans cette pièce, dit notre confrère du *Progrès médical*, deux médecins y débiter les plus pures âneries. L'un était un accoucheur qui, sous prétexte de remplir ses fonctions, n'accouchait que d'inepties; l'autre était médecin faisant de la médecine à l'usage des dames. Et l'auteur prétend être un photographe de mœurs! S'il a la prétention d'avoir seulement photographié nos confrères contemporains, nous serions heureux qu'il nous en donnât la preuve et qu'il nous fît voir ses modèles!

A la vérité, on nous a dit que le directeur de l'Odéon avait joué un bon tour, ou plutôt un mauvais, à l'auteur de *Grand'mère*. Celui-ci, persuadé comme tous les pères qu'il avait engendré un chef-d'œuvre, harcelait sans cesse M. Porel pour faire sortir sa pièce des cartons. Il fit agir même de hautes influences qui forcèrent un peu la main au directeur de l'Odéon. Celui-ci, pour en finir, distribua au galop les rôles; vite, vite, les

ment, le col utérin reste assez longtemps largement ouvert, les sinus utérins sont béants; l'injection peut pénétrer dans l'utérus, surtout si on élève le récipient à plus de 50 centimètres, pour avoir plutôt fini, et les accidents d'intoxication peuvent survenir. Il y a là certainement matière à réflexion, et peut-être la commission académique aurait-elle dû être moins exclusive sur ce point.

Il a encore été question des sages-femmes, à l'Académie, dans le rapport de M. Hervieux relatif au projet de décret concernant la vaccine obligatoire à l'île de la Réunion. La variole exerce de très grands ravages dans cette île, et il est de la plus grande urgence d'y remédier vite en pratiquant la vaccine sur une large échelle; aussi faudrait-il faire appel à toute personne capable de pratiquer cette petite opération, aux sages-femmes en particulier, dont il n'est pas question dans le décret, et qui, à la Réunion comme en France, sont aptes à rendre en pareil cas de très grands services. Les bons résultats des vaccinations et revaccinations sont hors de doute dans nos colonies; M. Rochard a rappelé avec à propos ce qui s'était passé pour la Cochinchine et le Cambodge, où la variole, qui faisait il y a une dizaine d'années de grands ravages, a considérablement diminué.

Mais quel genre de vaccin faut-il employer? Le vaccin animal, répondent MM. Brouardel et Colin, parce que la syphilis est très fréquente dans ces pays et qu'on diminuera ainsi les chances de contamination. Aussi l'Académie a-t-elle adopté la création d'un *Office de vaccination animale*, suivant l'expression proposée par M. Brouardel.

— La lutte entre M. Terrier et M. Chauvel s'est terminée par l'élection du sympathique professeur du Val-de-Grâce, qui va remplacer à l'Académie son éminent et regretté maître, Maurice Perrin. Nous lui adressons nos sincères félicitations. Les nombreuses voix obtenues par M. Terrier rendent sa défaite des plus honorables et le désignent tout naturellement pour la prochaine place vacante en chirurgie. — L.-H. P.

---

fit apprendre, vite, vite ; les fit répéter; vite, vite; inventa une mise en scène quelconque avec de vieux décors, et vite, vite, la fit jouer, sans que l'auteur eût été prévenu et eût assisté aux répétitions. Total : un four complet, dont l'auteur rejette la faute sur le directeur, et le directeur sur l'auteur.

Mais, à mon tour, j'empiète sur les canards de ces messieurs nos confrères non médecins, et je vais probablement faire aussi des... gaffes... Donc, assez pour une fois!

*
* *

L'exercice illégal de la médecine, dont on vient de s'occuper et dont on s'occupera encore à la Chambre des députés, revêt quelquefois des formes singulièrement bizarres. Il frise même quelquefois l'escroquerie, auquel cas la justice ne punit plus le délinquant pour exercice illégal, mais pour escroquerie tout simplement.

Frise est venu on ne peut mieux sous ma plume, puisque dans l'espèce il s'agit d'un perruquier-coiffeur, le sieur Rodes, artiste capillaire, tenant boutique à Paris, 159, rue Saint-Honoré, en face du Théâtre-Français. Nous n'hésitons pas à donner son adresse à nos lecteurs afin qu'ils puissent se garantir de ses procédés peu délicats pour vous vendre ses petites bouteilles très cher.

Donc, un professeur de l'Ecole de médecine vétérinaire de Buda-Pesth, que beaucoup de nos compatriotes connaissent bien, car il fait partie presque chaque année de nos Congrès scientifiques, vint pendant l'Exposition dernière réclamer les services du sieur

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Quelques mots d'introduction à l'étude de la médecine clinique (1),

Leçon recueillie par MM. Guyon et Dudefoy.

La maladie une fois bien déterminée, la recherche des indications pronostiques et thérapeutiques devient facile. Sans doute celles-ci peuvent varier avec l'intensité et les phases d'évolution des accidents pathologiques, mais leur base n'est pas moins fixée. Ainsi le pronostic de la syphilis peut être bénin ou sérieux dans la période tertiaire, suivant l'étendue des manifestations, leur siège, leur plus ou moins grande acuité; mais cette maladie reconnue, il devient facile de se faire une idée juste de sa gravité ; il en est de même de la fièvre typhoïde qui offre un certain nombre de dangers que l'on ne peut ignorer. De même les indications thérapeutiques varient nécessairement avec l'intensité et les phases des maladies, mais, le type pathologique étant déterminé, elles sont faciles à préciser.

Quel doit-être l'objectif du praticien ? Arrêter la maladie, la faire avorter ou bien remédier aux désordres matériels et fonctionnels qu'elle engendre. Les anciens auteurs, moins instruits et aussi plus modestes que les modernes, considéraient le médecin comme l'interprète de la nature, son aide, *interpres naturæ* ; Ambroise Paré n'avait pas d'autre opinion quand il s'écriait : « *Je le pansai, Dieu le guarit* ». Aujourd'hui et surtout depuis les connaissances bactériologiques, les prétentions se sont élevées ; beaucoup de médecins, et non des moins distingués, pensent qu'il est possible de neutraliser dans l'organisme les agents morbigènes et par conséquent d'enrayer les maladies, c'est-à-dire de les arrêter dans leur cours, de les faire avorter. La chose n'est certainement pas discutable pour les affections purement

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 18 mars 1890.

Rhodes. Le nommé Martigny, garçon au service de Rhodes, s'approche, le fait asseoir, et après les formalités d'usage, taille, coupe, rogne, brosse; enfin, fait remarquer au client, dans le peigne qu'il vient de lui passer dans les cheveux, une quantité fantastique de pellicules et de croûtes.

« Je vais vous faire passer cela, dit-il au client étonné; quelques gouttes de jaborandi et vous serez débarrassé de toute cette crasse. — Soit, dit l'autre. »

Et tout en lui vantant l'excellence du traitement, l'élève de Figaro frictionne notre ami au jaborandi. Inutile de dire qu'au cas où M. Hutyra eût été atteint d'une affection quelconque, ledit jaborandi lui eût fait autant de bien qu'un cautère sur une jambe de bois, suivant l'expression consacrée. Le travail terminé, le client s'approche de la caissière qui lui dit, avec son sourire le plus aimable :

« C'est 26 francs, Monsieur! — Et comme l'autre se récrie : Ah! Monsieur, ajoute-t-elle, c'est un peu cher parce qu'on a débouché une bouteille exprès pour vous. Vous pouvez, d'ailleurs, emporter le flacon. — Mais je n'en veux pas, de votre flacon; gardez-le, reprend le client avec colère. — Ah! fort bien; si Monsieur ne reprend pas le flacon, ce ne sera que 13 francs, interrompit la marchande imperturbable. »

Son interlocuteur, pour éviter un scandale, paye et se retire, jurant, mais un peu tard, qu'on ne le reprendrait plus à se faire couper les cheveux en France.

Quelques jours après, le sieur Rhodes recevait la visite d'un capitaine d'infanterie, M. Caudière. On fait pour lui la même mise en scène que pour M. Hutyra. On lui prouve qu'il a dans les cheveux les premiers symptômes d'une maladie qui peut de-

locales : le *sarcopte de la gale*, le *microsporon furfur* ne résistent pas à l'emploi des substances parasiticides ; les antiseptiques tuent les microbes déposés à la surface des plaies ; la destruction de la pustule maligne permet d'éviter le charbon. Mais si les microbes d'une plaie ont pénétré dans l'organisme, si l'état septicémique est constitué, aucun fait jusqu'ici ne nous porte à croire qu'il puisse être enrayé par une substance médicamenteuse connue; un microbe seul parviendrait peut-être à arrêter l'évolution du mal, mais à quelles conditions ? D'ailleurs s'il est possible de neutraliser sur place une substance chimique comme un poison introduit dans l'estomac, il nous faut reconnaître qu'il n'est jusqu'ici aucune substance connue pouvant agir sur ce même poison et le neutraliser à la suite de son absorption et qu'ainsi les antidotes des poisons n'existent pas plus que ceux des bacilles. Dans ces conditions, le rôle du médecin n'est en aucune façon amoindri, il n'est que plus difficile à remplir et plus beau. Effectivement, si chaque agent morbifique avait son contre-poison, la thérapeutique serait des plus simples, et le premier infirmier venu serait, tout aussi bien que le plus grand médecin, capable de soigner un malade dont il saurait reconnaître la maladie. Dans le cas contraire, comme il s'agit de combattre des manifestations, c'est-à-dire des désordres fonctionnels et matériels, il faut au médecin des notions certaines sur l'anatomie et la physiologie normales, aussi bien que sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, et sur l'action des agents thérapeutiques ; de plus, il doit avoir l'esprit rigoureux, le jugement droit et une connaissance approfondie de la marche des maladies pour se faire une idée exacte des effets médicamenteux.

En conséquence, le traitement d'une maladie est toujours un problème difficile à résoudre ; pour y arriver, le médecin doit s'appliquer à saisir le déterminisme initial de la série des phénomènes observés chez son malade, de façon à dominer ainsi tous les phénomènes secondaires, comme, par exemple, en se rendant maître de l'acare, qui est la cause de la gale, il maîtrise tous les phénomènes qui en dérivent. Puis, lorsqu'il aura démêlé ce phénomène de tous les autres, il devra le combattre par un traitement

---

venir grave, s'il ne se soigne pas au plus vite. L'officier, effrayé, demande au même Martigny s'il ne connaît pas un remède contre cette redoutable maladie.

« Si, Monsieur, nous avons-là quelque chose d'excellent : le jaborandi. Voulez-vous en essayer? »

L'offre est acceptée de grand cœur; on fait au patient une longue friction, après quoi on lui présente une note très détaillée, dont le total est de 54 francs! — 54 francs! Le traitement parut cher au malade qui, cependant, paya sans résistance et s'en fut en courant chez un médecin qui, après un rapide examen, le renvoya chez le commissaire de police pour y déposer une plainte en escroquerie.

Cependant les jours se passaient et M. Caudière n'avait pas de nouvelles de son coiffeur ni de sa plainte. Furieux, à la fin, et croyant qu'il allait être berné par la justice comme il l'avait été par la coiffure, il écrivit enfin au procureur de la République une lettre où nous relevons ce passage : « Je voudrais bien savoir où en est la plainte en escroquerie contre Rhodes... Dans le cas où cette affaire ne pourrait être réglée par des moyens légaux, je suis décidé à me faire justice moi-même, et à infliger au sieur Rhodes une correction qui le mettra hors d'état de faire de nouvelles dupes. »

M. Caudière n'a pas eu à se faire justice lui-même; la 11e chambre, en effet, l'a vengé en infligeant 500 francs d'amende à Rhodes et 100 francs à son garçon Martigny. Ils auraient peut-être mieux aimé la correction du capitaine.

*
* *

On sait, car nous l'avons rappelé il n'y a pas encore longtemps, que les avocats et les

approprié. Celui-ci comprend : 1° la détermination des indications ; 2° le choix du médicament ; 3° la dose du médicament.

Les maladies n'étant, au fond, que des phénomènes physiologiques dans des conditions nouvelles qu'il faut chercher à déterminer, et les actions médicamenteuses pouvant être ramenées à de simples modifications physiologiques dans les propriétés des éléments histologiques des tissus de l'organisme, le déterminisme de l'indication thérapeutique est tout entier dans l'application de la physiologie. Cette indication thérapeutique se fonde ainsi sur la connaissance des désordres fonctionnels ou matériels et de leurs conditions étiologiques et pathogéniques. Un malade est atteint de dyspnée urémique, désordre des plus pénibles ; or, sachant que ce désordre est causé par la rétention dans le sang de matières excrémentitielles, dont l'action sur le bulbe engendre la dyspnée, l'indication à tirer de cet état est des plus simples, elle consiste à détruire les matières excrémentitielles dans le sang, sinon à en favoriser l'élimination. Pour amener cette destruction, il faut activer les combustions organiques, et comme l'oxygène a cette propriété, il en résulte que les inhalations d'oxygène se trouvent par cela même indiquées. Mais ces inhalations ont une efficacité réelle seulement lorsque les matières toxiques retenues dans le sang sont en faible quantité, car le mieux, si elles sont en forte proportion, est de provoquer leur élimination ; celle-ci s'opère par l'estomac et le gros intestin, comme l'ont démontré, pour le premier de ces organes, les expériences de Cl. Bernard et Bareswill sur le chien, et, pour le second, les lésions anatomiques qui y sont rencontrées à la suite d'accidents urémiques anciens ; par conséquent, l'indication rationnelle, pour combattre l'urémie, est d'agir sur ces deux organes à la fois, ou du moins sur l'un des deux. La connaissance de la condition pathogénique fournit ici l'indication thérapeutique. Cette condition est celle que doit viser le médecin, dans la plupart des cas ; l'efficacité de la quinine dans les fluxions du rhumatisme chronique résulte sans doute de cette même condition, car tout porte à croire que ce médicament exerce

---

magistrats en général n'aiment pas beaucoup les médecins, dont ils se servent pourtant, le cas échéant, tout comme les autres humains. Ils ne perdent pas une occasion de nous taper dessus ; il est vrai que les avocats ne respectent rien, et que, devant le public, ils se mangent même entre eux, quitte à en rire une fois rentrés dans leur *home*.

Voici un extrait d'une plaidoirie de Me Barboux à propos de la fameuse affaire Hériot, qui vient encore confirmer ce que je viens de dire :

« Lorsqu'un médecin a fait une observation, a dit l'avocat, il ne tarde pas à la généraliser ; lorsqu'il y en a dix, il classifie, et, dès qu'il a classifié, il affirme. Au commencement de ce siècle, Broussais préconisait la saignée, et un magistrat put dire qu'on avait placé la sangsue sur une trône ; les disciples du professeur, trop fidèles observateurs de ses leçons, versèrent plus de sang que Napoléon Ier n'en fit couler sur les champs de bataille. Leurs successeurs trouvèrent que la génération suivante était anémiée, ce qui n'a rien d'étonnant. Le fer devint leur remède souverain ; pendant un grand quart de siècle, il guérit toutes les maladies... Aujourd'hui, nous sommes au microbe ; on en découvre partout !... Qui donc découvrira le microbe des classifications imprudentes et le microbe des affirmations téméraires ? Alors le cycle sera complet. » Mais, mû par un sentiment de crainte et de reconnaissance, Me Barboux, qui a été malade et peut l'être encore, ne s'est pas laissé entraîner à épuiser la série de ses plaisanteries. En les écoutant, les magistrats de la Cour ne pouvaient s'empêcher de sourire, oubliant sans doute que si les médecins varient et changent d'idées fixes, la jurisprudence n'est guère moins mobile que la médecine. Il n'y a donc que les avocats qui ne changent pas !

son action sur le système nerveux, lequel tient sous sa dépendance les poussées articulaires.

Le choix des agents médicamenteux repose sur la connaissance de l'action élective et des propriétés de ces agents. Ainsi, les lésions inflammatoires, ulcéreuses ou gangréneuses de la bouche sont avantageusement modifiées par le chlorate de potasse, dont l'élimination se fait surtout par les glandes salivaires et la muqueuse buccale. Certaines gangrènes pulmonaires cèdent à l'emploi de l'hyposulfite de soude. La suppuration des calices et des bassinets est, de la même façon, améliorée par l'acide benzoïque qui sort de l'organisme par les reins. Le seigle ergoté, par son action sur la fibre musculaire, se trouve naturellement indiqué quand il s'agit de faire contracter cette fibre (corps fibreux utérin). La quinine, modificateur des nerfs vaso-moteurs, est un remède efficace dans un grand nombre d'affections caractérisées par le désordre de ces nerfs. On voit, par ces exemples, de quelle importance il est pour la thérapeutique de connaître les éléments histologiques affectés, et les agents susceptibles de les modifier, de façon à ramener à l'état normal la fonction troublée, et si l'on remarque que ces éléments peuvent être modifiés de deux façons, dynamiquement ou matériellement, il sera facile de comprendre que des agents différents sont appelés à combattre ces états différents. Aux désordres dynamiques conviennent les substances médicamenteuses qui s'adressent au système nerveux : quinine, opium, chloral, bromure, etc.; contre les désordres matériels, il est nécessaire de recourir à des agents d'un autre ordre, pouvant exercer leur action sur la nutrition des tissus. A cette seconde catégorie appartiennent surtout l'arsenic et l'iodure de potassium.

Il ne suffit pas, dans la pratique médicale, de trouver l'indication et de savoir faire choix du médicament, il est encore nécessaire de prescrire celui-ci à une dose convenable. La dose joue, en thérapeutique, un rôle si considérable que, pour certaines substances comme la morphine, quelques milligrammes, et pour certaines autres, comme la quinine, quelques centigrammes peuvent rendre l'action de ces médicaments inefficaces, tandis

---

*
* *

Voici un fait intéressant à ajouter au dossier de la question :

Délivrance de médicaments sans ordonnance médicale. — M. A. D..., pharmacien de 2e classe dans une petite ville du Nord, s'étant vu obligé de changer de résidence, demanda à passer de nouveaux examens devant le jury de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens. Or, bien qu'il se soit soumis à cette formalité, M. D... s'est vu refuser par le Conseil d'Etat, sur le recours du ministre de l'instruction publique, le droit de s'établir dans la Somme. Voici pourquoi : M. D... avait eu la faiblesse de livrer à deux de ses clientes, la femme et la fille d'un médecin établi dans cette même ville du Nord, une quantité considérable de morphine. Ces deux malheureuses en avaient consommé, en peu de temps, pour 600 francs environ. Les livraisons clandestines furent révélées au médecin, qui fit défense à D... de les continuer. Mais le pharmacien ne tint pas compte de la défense, et l'une de ses clientes mourut. Le médecin déposa une plainte; le sieur D... fut condamné à une peine sévère qui le mit dans la nécessité de quitter sa résidence.

Cette condamnation et les motifs qui l'ont amenée ont paru suffisants au Conseil d'Etat pour considérer comme indigne d'exercer la profession de pharmacien celui qui avait fait passer l'amour du lucre avant la santé de ses clients. Heureusement que c'est une exception dans le corps honorable des pharmaciens qui, aujourd'hui surtout, n'exécutent

qu'il suffit de quelques centigrammes en plus pour produire des effets toxiques, mais je n'insiste pas sur cette question, qui se trouve traitée dans une de nos leçons.

Donc, le rôle du praticien ne consiste pas à traiter systématiquement les maladies, mais à chercher des indications et à les remplir. Et si, comme cela se voit quelquefois, aucune indication bien tranchée ne ressort de l'examen auquel il s'est livré, que doit faire le médecin? Nous n'hésitons pas à répondre que son devoir est de ne rien prescrire, à moins qu'il ne lui paraisse nécessaire d'agir sur le moral du malade, ce qui serait encore une indication. Quel est le médecin, en effet, qui voudrait avaler la moindre drogue si elle n'était nécessaire et ne devait lui être utile? Mais, d'ailleurs, malgré l'état d'enfance dans lequel elle est encore plongée, la médecine peut déjà être assise sur une base scientique, et je persiste à dire que le médecin ne doit intervenir qu'autant qu'il a la certitude d'être utile. De cette façon, il n'inspirera que plus de confiance à son malade, et celui-ci, sans faire usage de *granules homœopathiques*, ne comprendra pas moins la nécessité d'être surveillé et suivi. La syphilis et l'impaludisme, maladies considérées à tort comme ayant le privilège d'un traitement spécifique, n'échappent cependant pas à cette règle, car chacune d'elles a ses indications particulières déterminées par l'intensité du mal, son évolution, et les complications qui peuvent s'y ajouter. Faire prendre indéfiniment, même avec des intervalles de repos, du mercure ou de l'iodure de potassium à un malade sous prétexte qu'il a eu un chancre syphilitique, est une méthode que je n'hésite pas à qualifier de barbare, car la syphilis, pas plus que toute autre maladie spécifique, n'est arrêtée dans son évolution. L'indication dans cette maladie, qui ne se traduit jamais que par des désordres matériels, se tire nécessairement de la lésion, et, comme celle-ci varie avec les différentes phases de la maladie, ses indications sont également variables. En dehors de toute lésion, il n'y a pas d'indication thérapeutique, et le rôle du médecin est de faire appel à l'hygiène qui, mieux que la médica-

---

une seconde fois les prescriptions des médecins que lorsqu'il n'y a aucun danger à cela, ou sur l'indication expresse du médecin.

— Voici encore un épilogue de la publication de l'histoire de la maladie du Kronprinz, par sir Morell-Mackenzie : Au mois de mai 1888, la *Saint-James Gazette* publiait une lettre qui accusait le docteur sir Morell-Mackenzie d'avoir, à dessein, nié le caractère cancéreux et mortel de la maladie de l'empereur Frédéric III. M. Steinkopf, l'auteur de cette lettre, ajoutait que sir Morell-Mackenzie avait sciemment trompé le public, de complicité avec le Kronprinz lui-même, sur la nature de sa maladie, pour ne rien contrarier des projets de son auguste client.

A la suite de la publication de cette lettre, sir Morell-Mackenzie intenta à M. Steinkopf un procès en diffamation. Ce procès a été jugé cette semaine.

Appelé à déposer devant la cour, le plaignant a nié, sous la foi du serment, qu'il eût comploté avec le Kronprinz pour dissimuler la gravité de la maladie. Il a soutenu que le caractère cancéreux de la maladie n'avait été établi définitivement que le 4 mars, huit jours avant l'avènement du Kronprinz. Après cette déposition, le jury a rapporté un verdict condamnant l'ancien éditeur de la *Saint-James Gazette* à 1,500 livres sterling (37,500 fr.) de dommages-intérêts et à tous les dépens.

Ils vont bien les juges anglais, quand il s'agit de condamner les diffamateurs. Et cependant ils s'adressaient cette fois à un médecin; quelle belle occasion on aurait eu, en France, de renvoyer les parties dos à dos!

SIMPLISSIME.

tion, permet au malade de se débarrasser de sa maladie. Il en est de même pour l'impaludisme.

Telles sont les opinions que bien des fois nous avons exprimées au lit de nos malades. Ces opinions s'affirmant de plus en plus dans notre esprit, nous avons tenu à les résumer ici. Nous croyons, en somme, que la médecine, science d'observation et d'expérimentation plus complexe, mais non moins positive que la physique et la chimie, arrivera forcément à expliquer les phénomènes pathologiques de la même façon que ces dernières sciences parviennent à rendre compte des phénomènes physiques et chimiques.

En conséquence, le rôle du clinicien est de se dégager peu à peu des formules empiriques, et de tendre à agir de plus en plus comme le chimiste qui sait à l'avance les réactions que peuvent lui donner les substances connues.

Les propriétés des agents médicamenteux une fois bien déterminées, et les phénomènes pathologiques se trouvant éclairés par la physiologie et l'expérimentation, le médecin devra agir, sans aucun doute, avec autant de certitude que le chimiste et le physicien.

BIBLIOTHÈQUE

Les insectes vésicants, par H. Beauregard. — Paris, F. Alcan, 1890.

M. Beauregard, préparé par ses études spéciales à l'étude de ce groupe d'insectes, a écrit sur ce sujet une monographie des plus intéressantes. Dans la première partie est étudiée l'anatomie que de nombreuses figures permettent de lire avec facilité.

La seconde partie est consacrée à la physiologie et à la pharmacologie. Dans le chapitre II de cette partie, M. Beauregard donne les plus grands détails sur l'analyse des insectes vésicants, leur richesse en cantharidine, leur récolte et enfin l'emploi thérapeutique.

L'exposé de la zoologie et l'étude si intéressante des mœurs larvaires occupe la troisième partie. On sait l'intérêt qui s'attache à ces mœurs larvaires devenues presque légendaires, grâce à la fois aux surprises qu'elles ont réservées aux naturalistes et aux brillantes descriptions par lesquelles J.-H. Fabre les a fait connaître.

La quatrième partie comporte un *genera* raisonné et un catalogue des espèces établi avec le plus grand soin. — P. Ch.

Traité élémentaire d'anatomie de l'homme, par M. Debierre. — Paris, F. Alcan 1890.

Ce livre est essentiellement un livre pratique, et l'auteur, comme il le dit lui-même, a cherché a en faire le *vade mecum* de celui qui aborde pour la première fois les salles de dissection.

D'autre part, M. Debierre, reconnaissant toute l'importance qu'ont les notions d'anatomie comparée, d'anthropologie, d'embryologie et de morphologie générale, n'a pas hésité à leur donner une place importante dans son ouvrage. Il a insisté sur la description des variétés des os et des muscles, sur les principales anomalies des vaisseaux, et a résumé les anomalies des nerfs et des viscères.

L'auteur a consulté pour le texte non seulement les grands traités d'anatomie français et étrangers, mais encore les principaux mémoires spéciaux qui ont été publiés dans les recueils français et étrangers sur divers points de l'anatomie de l'homme.

Une grande partie des gravures a été faite d'après nature, et beaucoup, schématiques ou demi-schématiques, sont destinées à rendre les démonstrations faciles. Enfin de nombreuses indications bibliographiques facilitent les recherches sur des points spéciaux.

Il importe au médecin praticien d'être au courant des progrès de l'anatomie, et le livre de M. Debierre lui en fournit les moyens. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

La péréirine auxiliaire de la quinine contre la malaria. — Dans certains cas, la quinine paraît incapable de produire ses effets spécifiques; en vain on en élève la dose, non sans exercer une action dangereuse sur le cœur et sur le système nerveux; la dépression amenée par la médication vient aggraver l'adynamie causée par la maladie, et la mort peut s'en suivre. La digitale combinée avec la quinine peut alors être utile. Mais le docteur Tibiriça nous apprend que la *Péréirine* (un extrait, dit l'auteur, de l'écorce du *Pao percira* — alcaloïde du *Geissospermum love Bⁿ*) remplit l'indication d'une manière plus satisfaisante. L'association de cet agent double l'action thérapeutique de la quinine, en même temps qu'elle en empêche les mauvais effets quand elle est poussée à une dose élevée. La péréirine, affirme le docteur Tibiriça, n'a aucune action dépressive sur le cœur, « dix décigrammes de quinine avec dix décigrammes de péréirine équivalent à vingt décigrammes de quinine, contre la malaria », sans le moindre inconvénient. L'auteur cite plusieurs cas très probants. (*Lond. med. Recorder* et *The ther. Gaz.*, 15 février 1890.) — R.

Chlorure de sodium contre la névralgie faciale. — Le docteur G. Leslie, dans *Edinburgh med. Journ.*, janvier 1890, affirme qu'il guérit la névralgie faciale, l'odontalgie, la douleur d'oreille, la céphalalgie nerveuse par l'application du chlorure de sodium — sel de table — sur la membrane muqueuse nasale, soit aspiré comme une prise de tabac, soit introduit au moyen d'un pulvérisateur, dans la narine du côté de la souffrance. Une pareille médication est si simple et si facile qu'on ne risque rien de l'expérimenter. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mars 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Circulaire de M. Le Roy de Méricourt, président de la section médicale du Congrès des Sociétés savantes, invitant la Société à se faire représenter à ce Congrès et rappelant aux membres qui voudraient y faire une communication de l'adresser avant le 1er mai au ministère de l'instruction publique ; — la *Goutte d'Eau*, revue mensuelle d'hydrologie, premier numéro; — journaux et revues de la quinzaine.

Correspondance manuscrite. — Lettre de candidature, au titre de correspondant, de M. le docteur Léonide Guichard, de Lignières-Sonneville (Charente), à laquelle sont joints les travaux qu'il a publiés. (Renvoi à une commission de M. Deligny, Cyr, et Perrin, rapporteur.)

M. Leudet fait hommage, à la Société, de deux brochures :

1° Compte rendu annuel des travaux de la Société d'hydrologie en 1888-1889;

2° Influence des climats d'altitude sur le traitement de la tuberculose.

A propos de ce dernier mémoire, M. Leudet fait remarquer qu'il est arrivé à cette conclusion que, dans les *climats d'altitude*, il n'y a de spécifique que la raréfaction de l'air, la diminution de la pression atmosphérique.

M. Nicolas pense que cette conclusion est trop absolue, et il rappelle, notamment, que lorsqu'il a passé sur les hauts plateaux du Mexique, à une altitude de 3,000 mètres, il a éprouvé des accidents qui ne sauraient être attribués à la diminution de la pression atmosphérique.

M. Deligny croit également que la question est plus complexe, et il rappelle les travaux de Jourdanet sur l'influence de l'habitat dans les hautes régions.

M. Abadie : En parlant du traitement de la phthisie pulmonaire par le séjour à une altitude élevée, M. Leudet ne s'est occupé que de la densité de l'air, mais il me semble qu'il faut tenir compte aussi de sa pureté. Quand Pasteur a commencé ses mémorables recherches pour combattre la théorie de la génération spontanée, il a prouvé précisément que, au fur et à mesure que l'altitude s'élève, il y a de moins en moins de germes dans l'atmosphère. Peut-être est-ce à l'absence de ces germes et des poussières irritantes pour les poumons qu'il faut attribuer les bons résultats obtenus dans certains cas par le séjour sur les hauts plateaux.

Il ne faut pas perdre de vue que, lorsque le bacille tuberculeux a provoqué, en détruisant une partie du tissu pulmonaire, la formation d'une caverne, d'autres germes pathogènes pénétrant dans ces anfractuosités peuvent à leur tour développer des irritations locales et d'autres états morbides qui viennent aggraver l'état du malade.

Je dirai, à ce propos, que j'ai fait récemment une remarque qui pourrait avoir quelques conséquences pratiques. Dans la salle d'opération de ma clinique, j'ai remplacé les carreaux des parties supérieures des croisées par les vitres perforées d'Emile Trélat, et, derrière ces vitres, j'ai placé une épaisse feuille d'ouate collée par ses bords à la boiserie de la croisée. De telle sorte que l'air peut pénétrer constamment dans la pièce, et qu'en y pénétrant il se filtre à travers la ouate. Or, j'ai constaté qu'au bout de quinze jours à trois semaines l'ouate, tout à fait blanche les premiers jours, devient bientôt noire et charbonneuse, ce qui est dû à la qualité énorme de poussières qu'elle retient. Aussi, tous les mois, cette ouate est-elle changée et brûlée.

Aujourd'hui, où il est reconnu qu'il est avantageux pour les phthisiques de coucher avec la croisées entr'ouverte, il me semble qu'il serait avantageux d'adopter le dispositif que je signale. On aurait ainsi l'avantage non seulement de laisser constamment l'air pénétrer dans l'appartement, mais de le purifier aussi au moins en partie.

— M. Nicolas lit une observation intitulée : *Eczéma aigu et généralisé traité à La Bourboule.* (Sera publiée.)

M. Duroziez félicite M. Nicolas de cette observation, si intéressante et si bien prise. Il se demande cependant comment on a pu songer à une scarlatine? Il n'y en avait pas dans le pays, et le pouls n'est pas monté au point de rendre le pronostic grave.

A ce propos, M. Duroziez trouve que, actuellement, on se préoccupe beaucoup trop de la température et pas assez du pouls, et il croit cependant que l'on peut mieux se diriger avec le pouls qu'avec la température. Dans le cas particulier, le pouls n'a pas dépassé 100; il manquait bien des signes de la scarlatine, et M. Duroziez croit que M. Nicolas a sagement agi en écartant toute idée de contagion.

M. Dubuc a connaissance d'un fait semblable chez un malade qu'il soigne actuellement pour une affection de la vessie, et qui a été soigné il y a quelques années par un autre médecin pour une maladie intitulée : *Eczéma aigu avec dermatose exfoliative.* Cette maladie a été très longue et s'est compliquée de délire aigu et d'albuminurie.

M. Nicolas a publié son observation, parce que le diagnostic d'eczéma lui a paru très net. On aurait pu croire non seulement à une scarlatine, mais aussi à une suette. Il serait à désirer que l'observation dont a parlé M. Dubuc fût également publiée.

M. Deligny fait remarquer qu'il ne saurait y avoir de confusion possible entre la dermatite exfoliative généralisée et la desquamation de la scarlatine.

M. Besnier croit devoir faire quelques réserves sur le diagnostic. En écoutant l'observation de M. Nicolas, il a pensé tout le temps à une scarlatine. Le début brusque, l'ascension brusque du thermomètre, les sueurs profuses qu'on n'observe jamais dans l'eczéma généralisé, — la desquamation complète, que l'on ne voit pas non plus dans l'eczéma, — l'écart entre le pouls et la température, sont autant de signes qui font songer à une scarlatine plutôt qu'à une autre affection. En outre, la congestion pulmonaire n'apparaît pas dans les affections de la peau, tandis qu'elle complique fréquemment les

fièvres éruptives, infectieuses. Le seul point qui fasse hésiter, c'est l'absence d'angine et d'albuminurie. M. Besnier ne veut pas dire qu'il y a eu scarlatine; il a seulement cru devoir faire remarquer que le diagnostic restait incertain.

M. Reliquet : Qu'est devenu l'abcès du cou pendant la maladie si grave observée par M. Nicolas ?

M. Nicolas : Il n'y a eu, de ce côté, aucune modification.

Vote. — M. Peter est élu membre honoraire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Traitement de la métrite aigue. — De Sinéty.

Si la fièvre et les douleurs sont intenses, 15 à 20 sangsues sur l'abdomen, grands bains tièdes prolongés pendant deux et trois heures, applications de glace dans un sac de caoutchouc, en interposant un linge mouillé entre la peau et la vessie de glace. — Onctions pendant dix minutes avec une pommade contenant : onguent napolitain 30 grammes, extrait de belladone et extrait d'opium ââ 3 grammes; ou bien avec un liniment composé de : huile d'amandes douces 30 grammes, chloroforme 8 grammes, teinture d'opium 4 grammes. — En outre, administrer l'opium à l'intérieur sous forme pilulaire ou sous forme d'injections hypodermiques. — Combattre la constipation à l'aide des laxatifs, la diarrhée par des lavements opiacés. — Si la métrite est à l'état subaigu et que l'introduction du spéculum ne soit pas douloureuse, on remplace les sangsues appliquées sur le ventre par des scarifications pratiquées directement sur le col. — N. G.

COURRIER

Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine. — Le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement de la Seine a eu deux réunions, les 10 février et 10 mars. Dans la première, M. le docteur Chevandier (de la Drôme, député, a développé le projet de loi sur l'exercice de la médecine qu'il a déposé à la Chambre des députés. Le Conseil l'a approuvé dans son ensemble après avoir demandé quelques légères modifications et a trouvé qu'il donnait satisfaction aux desiderata qu'il avait exprimés dans une de ses dernières séances.

Dans la seconde, il a donné son adhésion au projet du docteur David, qui ne diffère du précédent que par la réglementation de la profession de dentiste.

Dans la prochaine réunion, M. le docteur Chassaing, député, doit exposer le projet relatif aux médecins de quartier qu'il a déposé au Conseil municipal de Paris, MM. les professeurs Brouardel, Cornil et Lannelongue, MM. les sénateurs Théophile Roussel et Goujon, MM. Chevandier et David, députés, ont été nommés membres du Conseil. Le secrétaire général, M. Philbert.

Prix de la Faculté de médecine en 1888-1889. — Le Conseil de la Faculté, après avoir entendu les rapports des commissions chargées d'examiner les titres de chacun des candidats, a dressé la liste des lauréats. Cette liste a été approuvée par M. le ministre de l'instruction publique.

1° *Legs Trémont.* Le legs, de la valeur de 1,000 francs, a été partagé entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier.* Deux instruments ou appareils ont été présentés : 1° Une somme de 750 francs est attribuée, à titre de récompense, à M. le docteur Marage, pour son « nouveau Sphygmographe »; 2° La somme de 1,250 francs, reliquat du prix, est attribuée à la bibliothèque de la Faculté.

3° *Prix Chateauvillard* : Huit ouvrages ont été présentés. La Faculté a décidé d'accorder sur ce prix, qui est de 2,000 francs : 1° une récompense de 1,500 francs à MM. Le Gendre, Barette et Lepage, auteurs d'un « Traité pratique d'antisepsie »; 2° 250 francs chacun, à MM. Legrain et Varnier : le premier, comme auteur d'un volume intitulé : « Hérédité et alcoolisme »; le second, auteur d'un travail original sur le « Détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical ».

4° *Prix Corvisart* : Le prix, qui consiste en une médaille d'or et 400 francs, a été décerné à M. F. Bordas, externe des hôpitaux. La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1890 serait : « Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë ».

5° *Prix Montyon* : Le prix est décerné à M. F. Bordas, auteur du mémoire : « Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde ».

6° *Prix Jeunesse* (Hygiène) : Deux ouvrages ont été présentés. La Faculté a décerné le prix à M. le docteur Widal pour son ouvrage intitulé : « Etudes sur l'infection puerpérale et la phlegmatia alba dolens ».

7° *Prix Jeunesse* (Histologie) : Le prix est décerné à MM. Thoinot et Masselin, auteurs de l'ouvrage : « Précis de microbie médicale et vétérinaire ».

8° *Thèses récompensées.* Médailles d'argent : MM. Albarran, Baudouin, Battard, Delbet, Mme Déjerine-Klumpke, Dubarry, Larrieu, Leudet, Marchal, Martha, Ménard, Pichevin, Pothérat, Récamier, Widal, Wurtz.

Médailles de bronze : MM. André, Bataillard, Blondel, Cantin, Carlier, Chartier, Mlle Chopin, Desmartin, Dumoret, Foureur, Gaume, Gilles, Godet, Guinon, Hillemand, Huet, Jacoby, Jarnouen de Villartay, Laure, Mantel, Pages, Pallier, Picord, Raulin, Richard, Sebileau, Thérémin, Vaucher-Weiss.

Mentions honorables : MM. Barraud, Bonnecaze, Catalioti, Christmas-Dirckinck de Holmeld, De la Brosse, Delbosc, Dupont, Mlle Edwards, MM. Freulon, Gibotteau, Guinon, Huguet, Lavaux, Lefebvre, Lesage, Louis Mélikoff, Martin, Menéault, Mery, Monnier, Moran, Piot, Plicque, Racoviceanu, Rollin, Ryckewaert, Sérieux, Soca, Thibault, Valat, Yahoubian.

Société médicale d'Amiens. — *Prix.* — La Société médicale d'Amiens accorde chaque année une médaille d'or de 300 francs et le titre de membre correspondant à l'auteur du meilleur travail sur un sujet désigné par elle. Les sujets de prix sont pour l'année 1890 : « De la simulation de la folie ». Pour l'année 1891 : « De l'hydrocèle et son traitement ». — Les mémoires doivent être manuscrits, n'avoir jamais été publiés, et doivent être envoyés au premier secrétaire avant le 31 mars de chaque année. La Société accorde encore chaque année une médaille d'or au médecin du département qui a envoyé le meilleur travail manuscrit sur un sujet ayant rapport aux sciences médicales.

Maison nationale de Charenton. — *Avis.* — Il sera ouvert, le lundi 20 avril 1890, au ministère de l'intérieur, un concours pour l'internat de la maison nationale de Charenton. On trouvera, chez le concierge de la Faculté de médecine et à la maison nationale, des exemplaires de l'arrêté qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Phthisie. — *Consomption.* — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Proust.

Cours d'hygiène.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

On a considéré l'homme comme entouré d'un certain nombre de sphères concentriques dont le rayon va en s'agrandissant à mesure qu'elles s'éloignent de lui. Ces sphères sont, dedans ou dehors, le vêtement, l'habitation, la ville et enfin le climat.

Nous avons une grande action sur trois de ces cercles. Le vêtement, que nous tissons à notre choix; l'habitation, que nous pouvons construire saine ou insalubre; la ville, dont nous pouvons améliorer les conditions hygiéniques. Pour ce qui est du climat, nous ne pouvons qu'en changer en nous déplaçant.

Cette année, Messieurs, je ne m'occuperai que de l'habitation et de la ville qui ont, au point de vue de la salubrité, une importance capitale.

Un document récent va vous montrer l'influence considérable que peut avoir la salubrité des locaux que nous habitons; il a été publié il y a un mois sous les auspices du ministre de la guerre, M. de Freycinet, et touche à la grande question de la fièvre typhoïde. En juillet 1888, un tiers des établissements militaires, c'est-à-dire un effectif de 175,000 hommes, buvait une eau malsaine où pouvait se trouver le microbe de la fièvre typhoïde. Dans les deux autres tiers, les eaux étaient moins mauvaises, mais il était impossible de les regarder comme suffisamment pures. Voyons ce qui a été fait pour remédier à cet état de choses déplorable. Jusqu'au 31 décembre 1889, 92 établissements ont reçu des eaux de source, 64 des filtres, et 122 puits à eaux malsaines ont été comblés. Il y a là un effort considérable que le service de santé évalue au tiers de la tâche qu'il a à accomplir.

Les résultats sont absolument éloquents, bien que, il importe de le faire remarquer, on se soit occupé aussi de l'évacuation des matières de vidanges. Actuellement il règne une opinion qui attribue un rôle considérable à l'eau dans la propagation de la fièvre typhoïde, mais ce rôle n'est pas exclusif; aussi l'administration de l'armée s'est-elle occupée de supprimer les fosses fixes et de les remplacer en beaucoup de points par des fosses mobiles.

En 1889, la mortalité dans l'armée a diminué de un quart et la morbidité

dans des proportions plus considérables encore. Voici les chiffres qui vous montreront que le succès a été surtout remarquable dans le gouvernement militaire de Paris. En 1886 et 1888, il y a eu dans l'armée française 6,215 cas de fièvre typhoïde. En 1889, il y en a eu 4,412; il y a donc 1,803 cas de moins. Voyons maintenant la mortalité : En 1886 et en 1888, la moyenne des décès a été de 843; elle est tombée à 641 en 1889; la diminution est donc de 202. Cette statistique montre que la morbidité diminue plus que la mortalité.

Dans le gouvernement militaire de Paris, tandis que la morbidité était de 1,270 en 1886-1888, elle est descendue à 531 en 1889, donc 739 cas en moins. La mortalité, en 1886-1888, était de 136; en 1889, elle n'était plus que de 82; soit 54 décès de moins.

Même si l'on tient compte des efforts tentés pour assurer l'évacuation des matières usées, ces résultats doivent donner le meilleur espoir pour l'avenir.

Vous voyez, Messieurs, que l'application des règles hygiéniques pour le choix de l'eau diminue la mortalité typhique, et, par conséquent, la mortalité générale, dans des proportions considérables.

Il y a déjà longtemps que les notions que nous possédons sur l'étiologie des maladies, sur les microbes qui leur donnent naissance, ont permis de grands progrès aux points de vue obstétrical et chirurgical. Lister et Alphonse Guérin ont essayé d'empêcher l'arrivée des germes de l'air sur les plaies, d'autres les ont suivis et ont commencé la substitution du pansement propre au pansement sale. Les chirurgiens ont pu avoir des succès sans précédents en s'arrangeant de façon à ce que les mains de l'opérateur et des aides, les instruments, les éponges, les pinces de pansement soient d'une propreté minutieuse.

Les accoucheurs ont obtenu des succès encore plus considérables. Vous devez savoir déjà que, vers la moitié du XVIIIe siècle, l'Hôtel-Dieu était tellement insalubre que les malades refusaient de s'y rendre. A la suite de la visite d'un prince étranger, le gouvernement d'alors voulut bien autoriser la publication des mémoires écrits pour proposer la reconstruction de l'hôpital. Ils concluaient à le transporter à l'ouest de Paris, dans l'île des Cygnes. Ces mémoires furent renvoyés à l'Académie des sciences et soumis à l'examen d'une commission composée de savants illustres : Tenon, Daubenton, Laplace, Darcet et d'autres; le rapport fut fait par Tenon. Ce travail, remarquable par l'élévation des idées et la valeur scientifique, contient une description navrante de l'Hôtel-Dieu. Il y avait, dans la Maternité, 67 grands lits et 17 petits. Les grands contenaient 4 personnes ou plutôt 3 personnes et 1 cadavre.

Il y avait, ensemble, une femme arrivant pour accoucher, une femme venant d'accoucher et bien portante, une atteinte de fièvre puerpérale et enfin une morte. La Convention s'occupa de faire cesser cet ignoble état de choses et décréta la construction de l'hôpital qui est aujourd'hui la Maternité. Malgré cela, la mortalité des femmes en couches ne diminua pas dans une proportion considérable et les choses restèrent au même point jusqu'à l'arrivée de M. Tarnier.

Ce maître éminent établit d'abord que les malades qui accouchaient à la Maternité mouraient dans une proportion dix-sept fois plus considérable que celles qui accouchaient dans les quartiers voisins. Ce fut pour lui un trait de lumière, et il arriva du premier coup à amender beaucoup la situation. Pour cela il veilla à ce que les personnes du service y restassent exclusi-

vement; jamais il ne permit à ses élèves d'aller dans les services voisins, de se rendre auprès d'une accouchée saine après avoir vu une accouchée malade, de venir dans les salles après une autopsie. Il isola ainsi parfaitement son service et l'isola d'une façon complète en ayant un personnel spécial pour des fonctions spéciales.

Sous l'influence de cette réglementation, la mortalité, qui était de 10 p. 100, tomba à 3 p. 100. Plus tard, quand on employa des antiseptiques, elle s'abaissa à 1 p. 100, les fractions étant laissées de côté.

Eh bien, Messieurs, il s'agit de faire, pour les villes, pour les habitations, ce que l'on a fait pour la Maternité.

Vous savez que les maladies infectieuses, contagieuses, se divisent en deux grandes classes : les maladies exotiques, importées chez nous, et les maladies qui sont pour ainsi dire autochtones, acclimatées.

Les exotiques sont au nombre de trois : la peste, la fièvre jaune et le choléra. Que faisons-nous pour nous en défendre? Nous essayons d'isoler les malades. Autrefois, on employait les longues quarantaines; on empêchait pendant quarante jours de communiquer avec la terre les navires qui venaient des pays infectés, par cela même qu'ils venaient de ces pays. Actuellement, on prend des précautions dans les pays d'origine, au point de départ; on tente d'empêcher l'embarquement des malades. Pendant la traversée, si une maladie infectieuse se déclare, beaucoup de navires possèdent des étuves à désinfection qui permettent de détruire les linges contaminés. Enfin, à l'arrivée se fait une visite médicale, de telle sorte que, si un individu est atteint, on peut l'isoler. Grâce à cet ensemble de précautions, on a pu souvent empêcher la dissémination de maladies qui existaient à bord d'un navire.

Dernièrement, le navire le *Canton* revenait du Tonkin. Le capitaine laissa des passagers descendre à Saïgon. Il y en eut 7 atteints du choléra et 6 moururent. Comme il y avait une étuve de désinfection, on put enrayer la propagation de la maladie. Deux ou trois ans auparavant, une épidémie du même genre avait éclaté à bord du *Château-Yquem*, non pourvu d'étuves; il y eut 80 cas de choléra et 45 morts.

Toutes les précautions possibles ne sont pas suffisantes, car il peut toujours y avoir une erreur, un oubli. Il faut donc rendre le terrain réfractaire le plus possible. La façon dont se conduit le choléra dans une ville est le réactif de sa salubrité, je vous l'ai dit il y a déjà longtemps. Voyez, dans la dernière épidémie, les villes que la maladie a le plus ravagées, ce sont les plus insalubres : Toulon, Marseille, Naples.

Si nous devons nous défendre contre les maladies exotiques par des mesures de salubrité, ce devoir s'impose encore beaucoup plus pour les maladies autochtones, telles que la fièvre typhoïde, la diphthérie, la dysenterie.

La question de la défense contre la fièvre typhoïde touche aux intérêts vitaux du pays. Cette maladie, comme le choléra, est beaucoup moins grave dans les villes salubres. Tous les jeunes gens qui font leur service militaire sont à l'âge où la fièvre typhoïde est le plus fréquemment observée, tous se trouvent dans les mêmes conditions d'acclimatement; aussi, beaucoup sont-ils frappés. M. Arnould l'a écrit : l'existence dans une ville de cas sporadiques de fièvre typhoïde, surtout de petits groupes, favorise l'infection du milieu et annonce l'éclosion d'épidémies. Avant les améliorations dont je vous parlais au début de cette leçon, la fièvre typhoïde faisait de 1,100 à 1,200 victimes par an dans la population militaire et 20,000

environ dans la population civile. Des exemples malheureux et frappants de la mortalité que cause la maladie ont été observés dans de petites villes; c'est ainsi que, dans une épidémie observée par M. Brouardel, il y eut 14 cas, dont 13 furent suivis de mort. A ce point de vue, les villes malsaines ont donc une influence des plus funestes et déciment l'armée.

Or, nos connaissances actuelles nous permettent de lutter avec succès contre le fléau. Je vous citerai d'abord les faits observés à Vienne (Autriche). Pour cette ville, les résultats sont d'autant plus nets qu'il s'agit uniquement des eaux potables; on a laissé complètement de côté ce qui concerne l'enlèvement des matières usées. Jusqu'en 1871, 1873, il y avait, en moyenne, 700 à 800 décès par fièvre typhoïde. En 1873, l'année de l'inauguration des travaux, il y a encore 742 décès; en 1875, il y en a 502; en 1878, 200; en 1880, 152; en 1884, 95. Le résultat obtenu a été encore plus remarquable pour la dysenterie. Jusqu'en 1873, il y avait 53 décès par dysenterie chaque année; en 1875, il y en a 32; 20 en 1878, 11 en 1880. Puis en 1881 et les années suivantes, la dysenterie disparaît complètement. Vous voyez quelle influence considérable a eu sur la ville de Vienne l'arrivée d'une eau pure.

La disparition des maladies infectieuses doit être le but de l'hygiène; voyons ce qui a été fait dans notre pays. A Lyon, une caserne considérable, logeant plusieurs régiments, était depuis plusieurs années décimée par la fièvre typhoïde. Sur l'ordre du gouverneur militaire de Lyon, le général Davout, on ferma tous les puits et les soldats n'eurent plus à boire que de l'eau du Rhône, qui, d'après Chauveau et Arloing, ne renferme que 51 germes par cent. cube. Après filtration à travers les filtres de sable établis le long du fleuve, elle n'en renferme plus que 7 par cent. cube. Aussitôt la fièvre typhoïde disparut en même temps que la dysenterie, qui sévissait habituellement. Bientôt, la contre-épreuve fut faite, et cette contre-épreuve a la valeur d'une expérience de laboratoire.

Le général Davout fut remplacé et l'on vint se plaindre à son successeur de ce que les soldats manquaient d'eau. Les puits furent ouverts, mais on eut soin de prendre une précaution, que l'on peut appeler une précaution inutile, en mettant sur eux l'inscription : « Eau mauvaise pour la boisson. » Au moment des grandes chaleurs, l'eau du Rhône contenue dans des réservoirs en tôle s'y échauffait, atteignait la température de 18°20 et n'était pas agréable à boire; aussi les soldats s'empressèrent-ils de boire l'eau des puits, qui ne dépassait pas 7 à 10°. Immédiatement, il y eut une épidémie de fièvre typhoïde et une de dysenterie grave; cette dernière maladie tua 17 ou 18 hommes. L'expérience était faite; on ferma les puits et l'épidémie disparut.

On a prétendu, à propos de l'eau du Rhône, que le bacille de la fièvre typhoïde passait à travers le filtre. Les animaux auxquels on injecte l'eau filtrée présenteraient des maladies accompagnées d'altérations des plaques de Payer. C'est là une question à élucider.

Je veux cependant, à ce propos, vous citer les recherches de Frænkel poursuivies à Berlin. A Paris, on a de l'excellente eau de source; à Berlin, à Londres, à Varsovie, on est forcé de prendre de l'eau des rivières et, pour éviter les maladies, de la filtrer. A Berlin, on emploie un procédé très avantageux. L'eau est placée dans de grands bassins au fond desquels se trouve d'abord une couche de cailloux, puis ensuite une couche de sable. Ainsi constitué, le filtre laisse passer les germes, mais, quelques jours plus tard, il se développe à sa surface une couche de matière organique glu-

tineuse qui les retient. Pour vérifier l'état de pureté de l'eau, on avait l'habitude, à Berlin, de compter le nombre de germes avant et après le passage à travers le filtre. Le nombre total diminuant beaucoup, on supposait que celui des microbes pathogènes devenait insignifiant. Pour vérifier ce point, on a construit des filtres semblables, en petit, à ceux de la ville et on a vu qu'il y avait lieu de changer d'opinion, car ces filtres se laissaient traverser par le bacille typhique; il est vrai que c'était en proportion excessivement minime. Tout cela doit nous occuper, car, si Paris venait à être assiégé de nouveau, les aqueducs seraient coupés et il faudrait tâcher d'éviter que l'eau de Seine ne fût souillée d'un grand nombre de microbes pathogènes au moment de la livrer à l'alimentation.

Je veux encore vous citer un certain nombre d'exemples qui achèveront de vous démontrer le rôle des eaux dans le développement de la fièvre typhoïde. En 1871, on entreprit à Francfort-sur-le-Mein les travaux nécessaires pour amener de l'eau saine dans la ville. De 1851 à 1855, la mortalité par fièvre typhoïde avait été de 81,7 par 100,000 habitants. De 1856 à 1860, la proportion s'élève à 87; elle est de 54 de 1861 à 1865; de 57,2 de 1866 à 1870; de 68 de 1871 à 1875. A partir de ce moment, les chiffres s'abaissent et tombent à 20 de 1876 à 1880, à 12,2 de 1881 à 1885.

Pettenkofer à Munich, Fodor à Buda-Pesth ont aussi fait ressortir les bons effets produits par l'adduction de l'eau pure de germes pathogènes.

A Berlin, les conditions étaient mauvaises, car la ville est très plate; cependant, depuis que l'on a adopté le tout à l'égout, la mortalité générale s'est abaissée de 37 à 29 p. 1,000. La mortalité par fièvre typhoïde y est de 1 à 2 p. 100 dans les maisons canalisées, de 6 à 11 p. 100 dans les maisons non canalisées.

A Dantzig il y avait, avant 1872, 99 décès par fièvre typhoïde pour 100,000 habitants. En 1872, on établit une canalisation, la mortalité tombe à 29; elle est arrivée à 15 depuis 1878. Je pourrais encore vous citer Bruxelles où la mortalité de 15 p. 100,000 s'est abaissée à 30 ou 40.

Tous ces chiffres, Messieurs, ont la plus grande valeur, car ils vous montrent l'importance de l'assainisssement de la ville et de l'habitation. Ils vous tracent votre devoir, car, chez nous, où la natalité est si faible, tous les efforts doivent tendre à dimiuuer la mortalité, surtout celle des hommes de 20 à 25 ans, période de la vie pendant laquelle l'existence humaine à sa plus grande valeur.

Du double souffle crural; de sa formation.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 novembre 1889

Par M. Duroziez.

Bouillaud attribuait au péricarde un certain nombre de souffles d'insuffisance aortique. Le souffle du deuxième temps perçu au niveau du cou pouvait indiquer qu'il se passait dans les artères et dénoncer l'insuffisance aortique; mais on était bien près du cœur, et on disait que c'était la propagation du bruit péricardique. Nous eûmes l'idée de nous éloigner du cœur et d'aller chercher au niveau de l'aine le souffle du deuxième temps. Le péricarde ne pouvait être mis en cause. Le maître ne fit pas bon accueil à notre trouvaille qu'il traita de ridicule.

Nous restâmes quelque temps sans la publier.

Trousseau nous pria d'examiner une malade chez laquelle il avait diagnostiqué une insuffisance aortique; il y avait une fièvre vive, les bruits étaient ceux de la péricardite. Nous rapportâmes à Trousseau notre diagnostic qui nous paraissait intéressant, non pas pour avoir trouvé la péricardite, mais pour avoir dit que, derrière elle, il n'y avait pas d'insuffisance aortique. Nous nous appuyions sur l'absence complète de double souffle crural.

Nous revîmes la femme le lendemain; nous affirmâmes notre diagnostic. Elle mourut le surlendemain. L'autopsie fut faite. Magnifique péricardite; aucun trace d'insuffisance aortique. « Pour avoir été aussi affirmatif, me dit Trousseau, il faut que vous ayez des ficelles; montrez-les moi. » Je lui montrai le double souffle crural.

Aujourd'hui même, nous retrouvons la même faveur pour le péricarde aux dépens de l'insuffisance aortique. Dans un service, on diagnostique une péricardite infectieuse. Nous examinons le malade, et, contre deux chefs de service et les internes, nous diagnostiquons : pas de péricardite infectieuse; insuffisance aortique. Le malade se remet promptement; l'insuffisance aortique subsiste. Le double souffle crural a fait tous les frais du diagnostic.

Le double souffle crural est donc bon à quelque chose. Malgré le dédain avec lequel on s'exprime dans un rapport quant au double souffle; il est produit par le stéthoscope; il n'a pas de valeur.

Nous avons dû montrer que le double souffle crural présente de l'intérêt, afin d'expliquer la discussion un peu théorique qui va suivre.

Dans notre travail primitif, nous avions indiqué un mode de formation simple; le sang lancé en abondance par le ventricule gauche, dilaté et hypertrophié, distend l'arbre artériel, qui revient sur lui-même, se systole et refoule en partie le sang en arrière. Le va-et-vient du sang au niveau des ongles et du front tend à le démontrer.

A cette théorie simple, on a opposé d'abord que les deux souffles marchaient en avant; on a abandonné cette interprétation.

On a dit ensuite que le recul est local et produit par la compression du stéthoscope; qu'il n'y a pas de recul du sang sans compression. On pense probablement, sans le dire haut, que, toutes les fois qu'on comprimera une artère, il y aura recul local et que, dès lors, le double souffle crural n'a pas de valeur.

L'expérience n'est pas difficile à faire et n'a pas besoin d'instrument. Que chacun la fasse et il sera vite convaincu.

Nous maintenons que le sang recule dans l'insuffisance aortique sans intervention du stéthoscope et de sa compression. Dans quelle limite? Nous ne saurions le dire. Chauveau nous a dit avoir constaté ce recul.

Avons-nous besoin d'instruments?

Le cœur dilaté et hypertrophié envoie dans les artères une masse considérable de sang, les artères sont distendues, se rétractent; l'orifice aortique est insuffisant; les artérioles, gonflées, rouges, deviennent pâles, se vident; on voit le va-et-vient du sang comme si on était à l'orifice aortique; le ventricule gauche se dilate, parce que le sang rentre dans sa cavité; et je ne pourrai pas dire que le sang recule dans toute sa masse. On m'oppose la compression du stéthoscope; mais, parfois, c'est à peine si je comprime. A la brachiale, j'appuie non le stéthoscope, mais l'oreille, et je trouve le double souffle. La compression que vous invoquez au niveau du

stéthoscope, le sang la trouve au niveau des artérioles; ne pouvant passer, il recule. On m'objecte que le trou de l'insuffisance est parfois très petit; l'avez-vous jamais vu sur le vivant?

Le mode de formation n'est pas purement théorique; on veut arriver à supprimer la valeur du double souffle crural; ceux qui le négligent s'exposent à de grosses erreurs de diagnostic. Comme pour tout autre signe, il faut savoir s'en servir et n'en pas abuser.

BIBLIOTHÈQUE

Traité d'hygiène publique et privée, par le docteur J. Rosenthal, traduit et annoté par le docteur H. Lavrand. — Bruxelles, Manceaux, 1890.

Ce nouveau traité d'hygiène est conçu sur un plan différent de celui que suivent habituellement les auteurs des volumes consacrés à cette science.

Il comprend toutes les questions d'hygiène que le médecin doit connaître et écarte les discussions et les amplifications, tout ce qui pourrait allonger le livre. L'auteur, comme le dit M. Lavrand, s'est borné à présenter l'état actuel des diverses questions abordées.

L'ouvrage se divise en quatre parties. La première traite de l'hygiène générale et comprend 21 leçons où sont étudiés successivement le sol, l'eau souterraine, l'air, la ventilation, le chauffage, le vêtement. M. Rosenthal est partisan du tout à l'égout et appuie sa conviction sur des chiffres démonstratifs.

Dans la deuxième partie, l'auteur s'occupe de l'hygiène alimentaire. Dans le chapitre consacré à la viande, il insiste sur la nécessité d'augmenter l'approvisionnement en viande. La chair du poisson doit être très employée pour suppléer à l'insuffisance de celle des animaux de boucherie et la société a le devoir strict de mettre tout en œuvre pour favoriser l'importation et la circulation du poisson vers les contrées éloignées de la mer. Nous recommandons la lecture des chapitres consacrés à l'exposé des méthodes de conservation des viandes et à celui des dangers de l'alimentation animale.

La troisième partie est consacrée à l'hygiène professionnelle, aux dangers des fabriques, à l'éclairage naturel et artificiel.

Enfin l'hygiène prophylactique est exposée dans la quatrième partie, où l'on trouvera résumées les plus récentes découvertes sur l'étiologie des maladies infectieuses.

Un grand nombre de figures en noir et en couleur facilitent la lecture de l'ouvrage.

Manuel de séméiologie technique, par le docteur E. Maurel. — Paris, O. Doin, 1890.

L'auteur, dont nous résumons les conclusions, a divisé les méthodes d'examen en deux groupes : Celles qui sont *générales*, s'appliquant à l'organisme entier et celles qui sont *spéciales*, ne s'adressant qu'à un appareil ou un organe.

Parmi les premières, il a étudié la pesée, la mensuration, la palpation, le toucher, le double choc, la succussion et la percussion. Le double choc se produit dans les affections gastriques, entraînant la rigidité de la paroi de l'estomac; cette dernière reste alors à quelques centimètres de la paroi de l'abdomen, et quand celle-ci est déprimée vivement, la main rencontre d'abord sa résistance, puis celle plus marquée du ventricule.

Nous recommandons les pages consacrées à la technique de la percussion et celles dans lesquelles l'auteur a fixé les caractères normaux des diverses régions de l'abdomen.

Viennent ensuite les chapitres où sont étudiées la stéthométrie avec le procédé de l'indice, la stéthographie, l'isographie, la spirométrie, la spirographie, la pneumodynamométrie et enfin l'auscultation.

Des chapitres spéciaux que nous ne pouvons que signaler ont été consacrés à l'étude de la résonnance de la voix, de l'auscultation du larynx. L'examen du cœur est traité dans tous ses détails et il en est de même de celui du sang et des urines.

Ecrit par un praticien parfaitement au courant de son sujet, le livre de M. Maurel est le traité de technique séméiologique le plus complet que nous possédions. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi du cactus grandiflorus dans le traitement des maladies du cœur. — D'après le docteur Orlando Jones, qui appuie son opinion sur des faits, le *cactus grandiflorus* pourrait ajouter aux ressources de la thérapeutique contre certaines maladies du cœur. Il fait remarquer que la digitale, le strophantus, le convallaria, bien que possédant une véritable valeur dans beaucoup de cas, ne sont pas toujours les médicaments qui conviennent. La digitale, dit l'auteur, est indiquée principalement dans les conditions sthéniques ou surexcitées du cœur; le cactus grandiflorus au contraire convient dans les cas d'asthénie, en particulier lorsque la circulation est très affaiblie. Il ajoute que déjà, il y a quelques années, cette plante a été étudiée comme fournissant un tonique cardiaque, mais que cette étude n'a pas été suffisamment suivie, et qu'elle mérite d'être reprise sérieusement. (*The ther. Gaz.*, 15 février 1890.) — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement du cancer rénal. — Extirpation du larynx.

A propos du procès-verbal, M. Quénu revient sur le *traitement opératoire du cancer rénal.* Chez les enfants, les tumeurs malignes du rein marchent très rapidement. Chez eux, l'opération est toujours grave, car il arrive fréquemment qu'ils meurent du choc. Récemment, M. Quénu a opéré d'un sarcome un enfant de 5 ans à l'hôpital Bichat et, malgré toutes les précautions, bien que l'opération eût été faite dans une salle chauffée et que la perte de sang eût été minime, le malade succomba d'une hémorrhagie secondaire. Enfin, dans le jeune âge, la récidive est très fréquente.

Chez l'adulte, les conditions sont tout autres. Il faut faire la néphrectomie, qui est le seul traitement rationnel. L'opération aura d'autant plus de chances de réussir que la marche du néoplasme aura été plus lente, et surtout que le diagnostic aura été fait à une époque plus rapprochée du début. Le diagnostic se base sur des hématuries à caractères spéciaux et l'existence d'une tumeur rénale; or, les hématuries ne sont pas constantes et la tumeur rénale se montre souvent bien tardivement. Il ne faut pas hésiter, quand on a des doutes, à faire la laparotomie exploratrice, qui constitue d'ailleurs le premier temps de l'opération et ne sera pas plus grave que les explorations vésicales compliquées. M. Quénu est partisan de la néphrectomie transpéritonéale, qui seule permet l'extirpation des tissus périrénaux et des ganglions malades. L'incision latérale n'a rien d'avantageux et il faut inciser sur la ligne médiane.

Même quand il y a cachexie, adhérences, etc., l'opération n'est pas absolument contre-indiquée. M. Quénu rapporte à ce propos une observation démonstrative. Une malade âgée de 45 ans, et malade depuis dix ans, entra dans le service de M. Terrier et on diagnostiqua un kyste de l'ovaire adhérent et enflammé; une fois l'opération commencée, on croit à un sarcome kystique de l'ovaire; puis, enfin, on reconnut qu'il s'agissait d'un épithélioma rénal avec poche hématique. La guérison fut très rapide.

M. Le Dentu croit avoir vu deux cas de cancer hématique. Dans les deux cas, il fit la ponction exploratrice et évacua du sang. Un seul des malades avait eu des hématuries.

En juillet 1889, M. Monod a fait l'ablation d'un rein polykystique. La malade, actuellement, se porte bien.

M. Terrier fait remarquer qu'il faut éviter de confondre les épanchements sanguins qui se font dans les grands kystes séreux avec les hémorrhagies qui se produisent dans l'intérieur des tumeurs malignes.

M. Le Dentu pense que les kystes hématiques sont du cancer.

— M. Périer fait une communication sur l'extirpation du larynx sans trachéotomie préalable.

Il s'agit d'un homme de 66 ans qui présentait des troubles laryngés dus à une tumeur en forme de chou-fleur inopérable par les voies naturelles. M. Gouguenheim enleva trois fois des fragments afin de soulager le malade et d'assurer le diagnostic. Il s'agissait bien d'un épithélioma.

L'état général étant bon et le malade consentant à une opération radicale, M. Périer se décida à enlever le larynx sans faire d'abord la trachéotomie.

L'opération fut pratiquée le 5 mars 1870 de la manière suivante : Anesthésie facile ; une incision transversale est faite juste au-dessous du cartilage cricoïde, allant jusqu'à l'aponévrose et s'étendant du bord antérieur d'un sterno-mastoïdien à l'autre. Une deuxième incision, entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, va jusqu'à la membrane thyro-hyoïdienne.

Les deux incisions sont réunies par une incision verticale sur la ligne médiane allant jusqu'aux cartilages du larynx. On sépare alors latéralement les parties molles du squelette cartilagineux en rasant ce dernier. Le constricteur inférieur du pharynx fut récliné avec soin. Un fil est alors introduit à travers la partie supérieure de la trachée pour la maintenir ; mais on échoue dans la tentative qui est faite de passer un fil entre la trachée et l'œsophage. Pas d'hémorrhagie. La laryngée supérieure est oblitérée par une pince. La section est faite entre le cartilage cricoïde et le premier anneau de la trachée.

Cette dernière est attirée au dehors et on y place une canule conique fixée à l'aide de fil traversant le conduit. L'anesthésie est continuée par la canule.

Le larynx est facile à enlever, car il ne tient plus qu'à la muqueuse du pharynx et la section porte au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde. L'épiglotte, qui n'est pas malade, est conservée. Les deux lambeaux latéraux sont rapprochés et réunis sur la ligne médiane, sauf à leurs extrémités ; la trachée est suturée à la partie inférieure de la plaie suivant le mode employé par Terrier dans un cas analogue. L'orifice est laissé sans canule. En haut on laisse de même l'orifice sus-glottique béant.

Le malade mourut de syncope la nuit qui suivit l'opération, sans que l'on pût trouver autre chose à l'autopsie que de l'athérome des gros vaisseaux de la base du cœur. L'épithélioma laryngé occupait les cordes vocales gauches et l'espace intermédiaire.

M. Schwartz reconnaît qu'il s'agit d'un procédé nouveau, mais se demande s'il est supérieur aux anciens. La trachéotomie faite avant l'ablation du larynx habitue le malade à respirer par un tube moins long.

D'autre part, dans le cas de M. Périer, on aurait peut-être, puisque la tumeur était bien limitée, dû recourir à une opération partielle dont la mortalité est beaucoup moins grande. La demi-laryngectomie est bien moins dangereuse.

M. Terrier a, il y a un an, enlevé un larynx dans des conditions qui rappellent celles où s'est trouvé M. Périer. La malade était âgé de 50 ans et présentait des signes de cancer depuis 1887 ; il avait des accès de toux et une expectoration abondante. On avait dû, en mai 1889, faire la trachéotomie pour des accidents dyspnéiques.

M. Terrier fit une opération sans pouvoir utiliser l'incision de la trachéotomie faite trop haut. La section inférieure fut faite entre le cricoïde et le thyroïde ; une canule de Trendelenbourg placée dans les voies aériennes n'empêcha pas le sang d'y pénétrer. Il fut difficile de libérer le larynx à la partie inférieure à cause de l'étendue et de l'ancienneté des lésions. Avant l'extirpation du larynx, il fallut enlever le cricoïde malade qui tenait à la trachée. La suture de ce dernier conduit fut faite avec la peau du cou. Il y eut donc successivement : section du larynx en deux parties au niveau de l'interstice crico-thyroïdien, extirpation du cricoïde et suture de la trachée, extirpation de la partie sus-cricoïdienne du larynx.

Les suites opératoires furent simples. Cependant, dans le courant de la journée, les bords de l'ouverture trachéale se gonflèrent, et le malade fut en danger d'asphyxie. On remédia à l'accident en plaçant une canule temporairement. La tumeur était un épithé-

lioma pavimenteux lobulé et corné. L'alimentation fut d'abord faite par la sonde, mais, moins de deux mois après l'opération, les aliments purent être pris par la bouche.

Quelques mois plus tard, on dut faire l'extirpation d'une récidive ganglionnaire cervicale. En décembre le malade eut une attaque de grippe et succomba rapidement à des accidents broncho-pulmonaires.

Pendant les quatre mois de survie, le soulagement avait été grand, tandis que la trachéotomie ne fait que prolonger l'agonie et une agonie terrible. L'extirpation du larynx vaut donc mieux et M. Terrier est partisan du procédé qu'a employé M. Périer. L'extirpation partielle ne donne que des résultats très médiocres.

En 1887, M. Le Dentu eut à soigner un malade que l'on croyait atteint d'accidents spécifiques. La respiration étant très gênée, il dut faire la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. Croyant à un cancer, M. Le Dentu pensa de suite à une opération radicale, mais ne put la faire qu'en février 1888. Il y avait des bourgeons de mauvais aspect développés autour de la canule et il s'était produit des adhérences. Une trachéotomie, faite aussi bien que possible, fut pratiquée quinze jours avant l'opération afin d'habituer le malade à la canule de Trendelenburg. L'extirpation du larynx fut facile, mais on dut enlever l'épiglotte et une portion de la base de la langue. Après des suites immédiates bonnes, une récidive au niveau du plancher de la bouche se produisit six semaines plus tard et le malade finit lamentablement.

Il y a des objections au procédé d'après lequel on suture la trachée à la peau. Les bords de l'orifice peuvent se gonfler rapidement et l'asphyxie être menaçante. Ensuite il doit être très difficile de placer ultérieurement un larynx artificiel par suite de la position anormale de la trachée. M. Le Dentu préfère ne faire qu'une suture partielle de la trachée et fixe sa moitié antérieure à la partie inférieure de la plaie. Les laryngotomies partielles sont presque toujours suivies de récidives.

M. Lucas-Championnière préfère pratiquer la trachéotomie préalable. Elle permet d'éviter les accidents comme dans les cas où on a à faire le nettoyage de la cavité du larynx. Cette opération, comme la laryngectomie partielle, donne souvent de bons résultats.

— M. Cerné (de Rouen) montre une pièce de *cancer atrophique* de la langue, recueilli sur une vieille femme. Il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux stratifié. C'est là un cas fort rare.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 20 mars 1890. — Présidence de M. Le Blanc.

Complications cérébro-spinales de la grippe. — M. Bilhaut lit un travail où il signale des faits constatés chez des malades atteints de grippe épidémique. Ces faits s'expliquent par des lésions cérébro-spinales plus ou moins superficielles, plus ou moins profondes. Cinq malades ont présenté des lésions médullaires certaines, mais à des degrés divers. Ces observations sont présentées par ordre de gradation ascendante et comprennent un fait d'épilepsie jacksonnienne simple ; un fait d'épilepsie jacksonnienne accompagné de paralysie vésicale durant huit jours; enfin, une observation a trait à une jeune malade qui a succombé à des attaques d'épilepsie.

Le docteur Bilhaut croit que le système nerveux a été touché chez bon nombre de malades. La plupart des médecins consultés à ce sujet se rappellent avoir été en présence de grippés présentant, à n'en pas douter, des lésions spinales ou cérébrales. Et cependant on a peu insisté sur les désordres de ce genre.

La convalescence est en général longue, les malades sont déprimés, quelques-uns sont nettement atteints de neurasthénie. Enfin, des femmes atteintes autrefois d'hystérie ont vu leurs crises revenir au bout de nombreuses années de rémission.

Le docteur Bilhaut termine son travail par les conclusions suivantes : 1° Dans le cours de la grippe épidémique et sous l'influence de cette affection, des troubles de l'appareil cérébro-spinal peuvent se rencontrer soit au début, soit dans la période d'état de la maladie, soit pendant la convalescence; 2° ces troubles peuvent entraîner des désordres

transitoires *dynamiques*, ou permanents *systématiques*. Ils peuvent se localiser dans la moelle (paraplégie, paralysie vésicale) ou dans le cerveau (hémiplégie, épilepsie, troubles mentaux).

Electrolyse et galvano-caustique chimique. — M. Gautier dit que les résultats les mieux connus de la galvanisation, les plus tangibles, sont généralement interprétés d'une façon vicieuse, puisque dans les communications faites devant les Sociétés savantes, l'électrolyse est confondue à chaque instant avec la galvano-caustique chimique. Toute analyse, toute dissociation chimique, opérée par le courant électrique, est une électrolyse. Dans les cautérisations potentielles effectuées à l'aide du courant de la pile, l'électrolyse représente le premier temps d'une opération dont le second seulement répond à l'indication chirurgicale. L'action du courant y sépare des liquides organiques, des acides et des alcalis ; l'électrolyse est tout entière dans ce travail de décomposition. Ces acides et ces alcalis, obéissant ensuite à leurs affinités, entrent dans de nouvelles combinaisons ; or, c'est dans ce phénomène chimique secondaire qui, loin d'être d'ordre analytique, est précisément le contraire, que consiste le fait chirurgical.

Ciniselli a créé la méthode galvano-caustique chimique ; Tripier en a préludé les indications thérapeutiques. La première galvano-caustique chimique fut la destruction des rétrécissements de l'urètre par le pôle négatif, par Mallez et Tripier. Dans ces dernières années, le docteur Apostoli s'est efforcé de faire connaître une méthode qui utilise l'action chimique et trophique de l'électricité élevée à sa plus haute expression médicale. Cette pratique de traitement peut se résumer dans cette formule : appliquer à l'utérus un courant de pile à l'état constant, à dose suffisante pour détruire la muqueuse et produire une dérivation salutaire. La tendance actuelle démontre que la galvano-caustique intra-utérine est rationnelle et en rapport avec les exigences de la science moderne, que, vieille de huit années, on a pu apprécier ses résultats prochains et ses résultats éloignés.

Dosage de l'acide urique. — M. Rodet présente au nom de MM. Arthaud et Butte une note relative aux perfectionnements apportés par M. Gautrelet à leur procédé. Les auteurs s'efforcent de disculper leur méthode et de réduire à néant les objections pratiques de M. Gautrelet. Ils objectent à leur tour à son procédé une soi-disant constance des résultats obtenus par cette méthode nouvelle.

Infection des accouchées par les sages-femmes. — M. Vandenabeele, ayant constaté des faits de contagion, s'efforce de montrer qu'il y a lieu à introduire dans la législation médicale un article permettant d'éliminer temporairement de l'exercice de leurs fonctions les sages-femmes qui, peu soucieuses des règles de l'hygiène, les négligent au point de porter à leurs accouchées la fièvre puerpérale. Il appuie ses dires sur une série d'observations. Sa proposition est renvoyée devant la commission qui étudie en ce moment le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine.

Les secrétaires des séances, MM. Gautrelet et Bovet.

FORMULAIRE

Collutoire antiseptique contre la diphthérie. — Le Gendre.

Borate de soude	} àà 5 grammes.
Chlorate de potasse	}
Acide phénique	0 gr. 25 centigr.
Glycérine	10 grammes.
Miel blanc	30 —

Mêlez et faites dissoudre. — Avec un pinceau trempé dans ce collutoire, on touche le fond de la gorge, dans le cas d'angine diphthéritique. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Rochon-Duvigneaud est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1889-1890, des fonctions de chef adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Chaffard, appelé à d'autres fonctions.

Société française d'ophtalmologie. — La prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie aura lieu le 5 mai 1890.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés : *Officiers de l'Instruction publique*, MM. les docteurs Ollivier (Auguste), médecin du lycée Saint-Louis; — Penasse (Jean-François-Eugène), médecin interne du lycée Michelet; — M. le docteur Féa (Charles-Louis), médecin interne du lycée de Lyon (Saint-Rambert); — MM. les docteurs Samalens (Gabriel), médecin du lycée d'Auch, et Teulière (Auguste-Jules), médecin du lycée de Foix.

Faculté de médecine de Lille. — M. Gaudier est nommé, pour une période deux ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Fromont, démissionnaire.

M. Wannebroucq, doyen de la Faculté, démissionnaire, est nommé doyen honoraire.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Arnaud, aide-naturaliste, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie appliquée aux corps organiques, en remplacement de M. Chevreul, décédé.

Missions scientifiques. — La mission confiée à M. le docteur Lucien Morisse, en vue d'entreprendre diverses études médicales et d'histoire naturelle dans le bassin du Haut-Orénoque et de l'Amazone, est prolongée.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Garnier-Mouton, médecin-major au 74e de ligne; Margueritte (du Havre).

Préparation du thé d'après le général Tcheng-ki-Tong. — Le thé qu'on prend dans les classes riches est toujours le thé vert, c'est-à-dire des jeunes pousses, des petites feuilles à peine écloses du bourgeon, et qu'on a fait sécher au soleil. C'est notre Château-Laffite. Quand au thé noir, ce sont des feuilles arrivées à maturité et qu'on fait sécher au feu.

Le thé ne peut être bon que si on le fait avec de l'eau de pluie ou de l'eau de source, et si l'on fait chauffer cette eau à un certain degré ; l'ébullition ne doit pas durer plus de quelques minutes ; dès que les bulles apparaissent à la surface, l'eau a assez bouilli. Encore faut-il que le vase dans lequel on fait chauffer l'eau soit fait de certaines matières ; les vrais amateurs ne se servent que de vases de Ni-Hing, espèce de terre cuite non vernie à l'intérieur. Ainsi préparé, le thé constitue une excellente boisson économique et saine.

On le boit continuellement, même en se couchant, et toujours sans sucre ; il n'agite jamais.

A ce propos, un de mes compatriotes m'a dit que les Européens, notamment les Anglais, ne savent point faire le thé : 1° ils le font bouillir ; 2° ils y mettent des alcools, et le goût est perdu ; enfin, avec le sucre, c'est la saveur qui est perdue. Le thé doit infuser au plus cinq minutes et avoir une couleur claire, à peine jaune.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur BROUARDEL.

Le criminel.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

J'ai l'intention de consacrer les premières leçons du cours de cette année à l'étude du criminel. J'ai deux raisons pour cela. En général, on connaît très mal le criminel, et c'est une surprise pour chacun de nous que de se trouver en présence des accusés. Lorsque l'on arrive devant un criminel avéré, on s'attend à trouver un individu à manifestations extérieures puissantes, et l'on est très étonné en s'apercevant que c'est juste l'inverse. On voit un homme faible, d'intelligence amoindrie, et qui se défend, selon l'expression de Lasègue, comme un écolier que l'on accuse d'avoir pris le thème de son voisin. On ne trouve pas plus chez les criminels que chez les autres hommes, plutôt moins. Le criminel est certainement plus intéressant quand il est sous l'influence de l'émotion qui suit la découverte du crime ou l'incarcération. Plus tard, il se fait une sorte de type que l'on peut comparer à celui de l'aliéné depuis longtemps dans un asile et discipliné.

La deuxième raison qui me pousse à entreprendre l'étude du criminel est

FEUILLETON

L'ANESTHÉSIE

Par le professeur LABOULBÈNE.

Nous extrayons de la leçon d'ouverture du cours d'histoire de la médecine, par M. le professeur Laboulbène, les intéressants passages qui suivent sur l'histoire de l'*Anesthésie :*

... Les grandes découvertes ne sont point l'œuvre d'un seul; elles viennent réaliser en quelque sorte une aspiration idéale, longtemps inféconde, marquée par des tentatives dont la signification réelle est méconnue. Pour produire l'anesthésie chirurgicale, il fallait posséder un agent subtil, traversant l'économie, et d'une action prompte, énergique, passagère. Théodoric avec les vapeurs narcotiques, Jean Baptiste della Porta conseillant une *aqua ardens*, n'avaient qu'incomplètement réussi. Ce fut à la fin du siècle dernier qu'une voie nouvelle s'est ouverte. Cavendish et Priestley étudiaient les propriétés d'une forme spéciale de la matière : les fluides élastiques nommés gaz par van Helmont; Lavoisier, avec sa théorie chimique de la respiration, donnait à ces travaux un intérêt majeur. On voyait en Angleterre, dans l'inspiration pulmonaire des corps gazeux, toute une thérapeutique.

Beddoes, à la fois chimiste et médecin, doit être regardé comme un initiateur de la

que, en ce moment, il se fait un mouvement pour modifier les modes de la répression, mouvement né, il ne faut pas s'y tromper, sous l'influence des idées médicales. J'ai donc pensé qu'il serait imprudent de ne pas exposer devant vous les idées qui résultent de ce que nous avons vu. Je ne veux pas, du reste, aborder la question de la responsabilité humaine dans toutes ses parties et je ne m'occuperai que de ce qui est de la médecine légale. Je ne passerai pas non plus en revue la théorie de la responsabilité humaine et vous exposerai seulement ce qui est admis actuellement.

Au début de ce siècle, on a codifié la répression pénale et cette codification est acceptée partout. Il y a là une épreuve qui fait que nous devons ménager nos critiques. La théorie actuelle de la responsabilité repose sur deux conceptions : 1° chacun est responsable de ses actes; 2° la répression doit être proportionnée au délit et au crime. Voilà toute la théorie du Code pénal, théorie parfaitement juste si elle s'applique à un individu entièrement sain, mais seulement dans ce cas. Il ne faut pas croire, du reste, que ceux qui l'ont conçue aient négligé de tenir compte des circonstances dans lesquelles pouvait se trouver le criminel, car trois articles comportent des atténuations à la loi.

L'article 64 porte qu'il n'y a « ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

L'article 66 dit : « Lorsque l'accusé est âgé de moins de 16 ans, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, il sera acquitté, et selon les circonstances..., etc. ».

Enfin, quand on a établi l'échelle des peines, on a laissé au juge la faculté de poser les circonstances dans lesquelles le crime avait été commis.

Il y a une quatrième atténuation que le législateur n'avait pas prévue. On demande au jury si l'accusé amené devant lui est coupable ou non coupable. Souvent le jury, alors même qu'il y a aveu, alors que le fait est patent, dit que le crime n'a pas été commis s'il juge le coupable irresponsable. Il m'est arrivé fréquemment de voir dans une affaire d'infanticide la

---

méthode anesthésique par les gaz. En 1795, il fonda par souscription, à Clifton, petit bourg situé près de Bristol, un institut pneumatique (Medical pneumatic Institution) dans lequel il se proposait de traiter les maladies par l'emploi des atmosphères artificielles. On était à l'époque où les inhalations d'éther, ainsi que d'air fixe (acide carbonique), avaient de la faveur, dirigées par Pearson et Thornton, contre la phthisie et d'autres affections de poitrine. Beddoes avait mis à la tête de son laboratoire Humphry Davy, qui n'avait que vingt ans et qu'il chargea d'étudier l'action des gaz sur l'organisme humain. Vous voyez ici l'apparition de l'aérothérapie, et, de nos jours, ne recherche-t-on pas encore les effets de l'air comprimé, de l'oxygène pur, des vapeurs iodées, térébentinées et même celles de l'acide fluorhydrique?

Le premier gaz que le hasard offrit aux investigations de H. Davy fut le protoxyde d'azote, qu'il désignait sous le nom d'oxyde nitreux. Il constata que l'inhalation provoquait une hilarité bruyante, qu'elle exaltait l'action musculaire, mais qu'elle abolissait la sensibilité. Le protoxyde d'azote avait été découvert par Priestley en 1776; Davy fit connaître ses expériences en 1799, et il pensa que ce gaz pourrait peut-être faire disparaître la douleur physique, « employé avec avantage dans les opérations de chirurgie qui ne s'accompagnent pas d'une grande effusion de sang ». Les expériences de Davy furent répétées tant en Angleterre qu'en France, en Allemagne et en Suède, mais avec des résultats différents. Les uns éprouvèrent l'effet du gaz hilarant, les autres ne ressentirent qu'une saveur douceâtre au palais, ou seulement de la suffocation ou de la pesanteur de tête. Cette inconstance des effets du protoxyde d'azote conduisit à renoncer

coupable avouer son crime, et cependant le jury disait qu'elle ne l'avait pas commis.

Vous voyez donc que, dans l'état actuel de nos lois, il y a une place à faire à l'individu à côté de l'accusé.

La répression, je vous l'ai dit, doit être proportionnée au crime ou au délit. Peut-être est-ce là le point le plus faible de la théorie. La répression doit améliorer le coupable et agir sur ceux qui seraient tentés de l'imiter. Ce but est-il atteint? A la police correctionnelle, à l'audience des flagrants délits, il est fréquent de voir des individus qui ont six, dix, quinze condamnations. J'en ai vu un âgé de 25 ans qui avait déjà quarante condamnations à son actif et on peut vraiment se demander si la prison avait diminué ses dispositions au crime. Les statistiques sont très mauvaises, partout l'on se plaint du nombre croissant des récidivistes. Leur nombre atteint communément 45, 50 p. 100 de celui des accusés, et il y a des pays où l'on compte 70 récidivistes contre 30 accusés n'ayant pas encore passé devant la justice.

On peut se demander si les conditions dans lesquelles vit le prisonnier ne sont pas pour quelque chose dans les récidives, et il est évident que l'on doit tenter d'améliorer quelques situations, surtout celle des détenus très jeunes. Nous n'avons malheureusement pas le temps de nous occuper aujourd'hui de cette question.

Des deux buts de la répression : améliorer l'individu, améliorer les témoins, le deuxième est aussi manqué que le premier. C'est à peine si la justice ose exécuter publiquement les condamnés à mort. Un certain public prend plaisir à ce spectacle odieux, et ceux qui ont assisté à une exécution vous diront les orgies nocturnes qui se passent autour de l'échafaud.

Autrefois on y mettait plus de franchise. On conduisait le condamné, escorté de ses juges en grand costume, sur le Champ de Mars et on l'exécutait publiquement. Aujourd'hui, il n'y a plus qu'une demi-publicité et l'on pense à exécuter à huis-clos dans la prison.

à son emploi. On passait à côté de l'anesthésie méthodique; toutefois l'impulsion était donnée.

Les inhalations gazeuses devenues à la mode, il était naturel de chercher un agent donnant, comme le protoxyde d'azote et plus sûrement que lui, des sensations agréables. L'éther, par sa limpidité, par sa rapide volatilisation, par son odeur suave, devait naturellement plaire aux expérimentateurs. On ne sait à quelle date précise l'éther sulfurique fut substitué au gaz hilarant, mais quelques années après l'abandon de ce dernier, les étudiants de chimie, dans les cours publics, les élèves et les apprentis, dans les laboratoires de pharmacie, prenaient l'habitude, comme objet d'amusement, de respirer des vapeurs d'éther. La tradition s'en est conservée longtemps en Angleterre ainsi qu'aux Etats-Unis d'Amérique.

Les propriétés stupéfiantes de l'éther ont été plusieurs fois mises en relief depuis Beddoes jusqu'à l'éthérisation chirurgicale régulière, soit par des expériences physiologiques, soit par des faits pathologiques. Faciles à reconnaître et à apprécier après la découverte, elles étaient restées sans portée; aucune tentative vraiment scientifique n'avait eu lieu. C'est vain qu'Orfila, Brodie, Giacomini, les signalaient d'une façon explicite; que Thornton avait provoqué sans le vouloir une insensibilité complète chez une malade à laquelle il faisait respirer de l'éther sulfurique. Un journal anglais avait rapporté l'histoire d'un gentleman tombé dans une léthargie profonde, qui dura trente heures et menaçait sa vie, pour avoir inhalé des vapeurs d'éther. La servante d'un droguiste était morte sous l'action de l'éther répandu dans la chambre où elle était couchée,

Vous voyez donc que, même en dehors de toute intervention médicale, la théorie de la responsabilité prête à certaines critiques.

Un deuxième point s'est trouvé mis en lumière quand on s'est, pour la première fois, trouvé aux prises avec le mot démence. Jusqu'en 1824, les aliénistes avaient bien dit que l'on exécutait des malades, mais leurs protestations étaient restées sans écho. A cette époque survint une affaire bien connue. Un individu appelé Papavoine se promenait dans le bois de Vincennes, à côté d'une mère accompagnée de ses deux enfants; il se jeta sur ces derniers et les tua. Auparavant, il n'avait jamais vu cette famille. L'avocat du criminel plaida l'irresponsabilité, et cependant l'exécution eut lieu. Actuellement, nous savons que Papavoine était épileptique, qu'il a eu une impulsion irrésistible, qu'il n'était pas responsable.

C'est Esquirol à qui on doit la campagne en faveur des médecins légistes; même aujourd'hui, bien que les aliénistes aient fait connaître à tous ce que c'est que l'aliénation mentale, on se heurte encore à cette conception de l'aliéné qui est celle du Théâtre-Français, c'est-à-dire un homme déraisonnant sur tout, n'ayant pas une seule idée raisonnable. Beaucoup admettent encore la définition de l'aliéné qu'avait donnée Maine de Biran: « Un homme qui ne peut exercer aucune des facultés de son cerveau et qui a complètement perdu l'intelligence, la volonté et la mémoire. » Un malade qui a conservé une seule de ses facultés ne serait plus un aliéné. Cette conception de l'aliéné, qui suppose que l'on perd sa raison comme son porte-monnaie, c'est-à-dire toute à la fois, est encore actuellement trop souvent admise. Royer-Collard, qui m'a précédé dans cette chaire, le disait déjà: « La raison n'est pas perdue dans l'aliénation d'une manière complète, et l'aliéné peut exercer des actes qui nécessitent l'intervention des facultés intellectuelles. » Personne, vous le savez tous maintenant, ne sait combiner comme un aliéné, qui peut, de plus, dissimuler dans la perfection.

Il y a donc deux doctrines opposées: la première est celle de la responsabilité absolue, défendue par des auteurs éminents, professée par M. Guil-

et venant d'une jarre brisée par accident. Christison avait cité le fait d'un jeune homme complètement insensible après avoir respiré un air fortement chargé de vapeurs d'éther sulfurique. J'ai entendu le professeur Cruveilhier raconter un cas de sa pratique privée dans lequel il avait observé les phénomènes de l'anesthésie par l'éther peu de temps avant l'application méthodique de l'éthérisation.

Dans les sciences d'observation, la vérité reste cachée jusqu'au moment décisif; les corps savants ne parviennent pas constamment à la mettre au jour. Grâce à l'obligeance de mon ami M. Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine, je puis vous donner les détails suivants. En octobre 1828, un chirurgien de Londres nommé Hickmann écrivit au roi Charles X qu'il avait découvert le moyen de suspendre la sensibilité chez les individus qui doivent subir de grandes opérations chirurgicales. Ce moyen consistait à introduire méthodiquement certains gaz dans le poumon. La lettre de Hickmann, écrite en anglais, fut transmise à l'Académie, renvoyée à la section de médecine, et Gérardin fut chargé de l'examiner. La section a remis son rapport, et dans la séance générale du 21 octobre 1828, le secretaire lut ce rapport dans lequel, outre le détail ci-dessus, Gérardin ajoute que Hickmann n'a fait l'essai que sur des animaux et qu'il voudrait expérimenter ce moyen devant les grands chirurgiens de Paris. Le bureau avait désigné alors Dubois, Richerand, Murat, Ségalas et Ribes pour examiner la question. Aucun rapport sur ce sujet n'a été retrouvé jusqu'à ce jour dans les archives de l'Académie.

Quel était le procédé de Hickmann? M. Dureau a fait des recherches pour ravoir le

lot, juge d'instruction et grand criminaliste, qui a écrit en parlant de Papavoine : « Un aliéniste peut gémir sur sa condamnation; pour moi, elle me laisse absolument froid. » L'autre doctrine, que nous défendons, est celle-ci : Parmi les criminels, il y a un grand nombre de malades et il faut tenir compte de leur état pathologique dans la répression. Mais comme il faut préserver la société, nous demandons que, quand la volonté a disparu, l'accusé soit traité comme malade et enfermé comme tel dans un asile.

Or, Messieurs, les conséquences de la doctrine de la responsabilité que je vous ai exposée sont très différentes. Actuellement, on demande aux médecins d'examiner l'état mental de l'accusé et de dire s'il est responsable. Votre réponse sera variable suivant les cas. Ou bien vous direz : l'accusé sain d'esprit est responsable, et il sera condamné; ou bien vous le déclarerez complètement aliéné et malade, et il sera placé dans un asile. Dans d'autres cas, vous admettrez qu'il est épileptique, qu'il a agi sous l'influence d'une impulsion; ou, enfin, vous ne le considérerez pas comme aliéné, mais ferez valoir qu'il existe dans ses antécédents des faits qui témoignent qu'il n'est pas maître de lui. Dans ce dernier cas, le jury acquittera presque toujours, parce qu'il pense, comme Maine de Biran, qu'on est aliéné ou qu'on ne l'est pas, et qu'il n'accepte pas une demi-aliénation, une demi-responsabilité. Les jurés, en ce moment, arrivent à se méfier de tout le monde et considèrent que le médecin légiste a toujours une tendance à déclarer que le coupable est un malade.

L'accusé, acquitté par suite d'une faible responsabilité, que devient-il? Juste le contraire de ce qu'il deviendrait si nous étions chargés de nous occuper de lui. Cet individu, malade reconnu, est lâché, et, par conséquent, sera aussi dangereux qu'avant sa première arrestation et pourra recommencer le même acte délictueux. Dans ce cas, on rendra le médecin légiste responsable de ses nouveaux méfaits. Quelquefois, cependant, on met le malade dans un asile; mais, après trois ou quatre mois, comme sa vie est changée, il devient calme, le directeur le trouve sain d'esprit et l'autorité administrative le relâche. Ce ne sont pourtant pas les aliénistes

---

dossier confié à Ségalas, mort le 19 octobre 1875. Son fils, Emile Ségalas, docteur en médecine, avait naturellement pris possession de tous les papiers médicaux paternels; malade, il partit pour le Midi, et il revint de Bordeaux dans un état si grave qu'il put à peine arriver à Paris pour y mourir. Malheureusement pour nos recherches, Emile Ségalas avait laissé tout son mobilier à une personne dont on n'a plus la trace. Aucun des membres de l'Académie en 1828 n'existe actuellement; les journaux anglais du temps n'ont encore rien fourni sur les inhalations gazeuzes proposées par Hickmann; s'agissait-il du protoxyde d'azote ou plus probablement d'un mélange d'air et d'éther?

Un des maîtres de la chirurgie française, Velpeau, disait en 1839, dans ses *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, t. I, p. 32 : « Eviter la douleur dans les opérations est une chimère qu'il n'est plus permis de poursuivre aujourd'hui. » J'ajoute bien vite que Velpeau a été le premier, huit ans plus tard, à révoquer son arrêt, prouvant ainsi, messieurs, que, dans les sciences, il ne faut jamais désespérer de l'avenir.

L'honneur d'expériences publiques et authentiques revient à un médecin grec, à M. W. C. Long, d'Athènes, qui avait le premier fait usage des inhalations d'éther pour diverses opérations le 30 mars, le 5 juillet 1842 et le 9 septembre 1843, mais ces expériences n'eurent aucun retentissement.

Deux années après, une tentative d'anesthésie chirurgicale fut exécutée en Amérique; elle eut pour son auteur des conséquences désastreuses. Au mois de novembre 1844, Horace Wels, dentiste de Hartford, petite ville du comté de Connecticut, eut l'idée de vérifier sur lui même le fait énoncé par Davy, au sujet de l'abolition de la douleur par

qui ont inventé le mot accès, et il y a des crises de folie, des accès d'aliénation qui sont séparés par des périodes de calme et de rémission. L'accès de goutte guérit, c'est vrai, mais il présage un autre accès pour plus tard; il en est de même pour la folie à accès. Dans l'immense majorité des cas, quand l'aliéné, calmé, est sort de l'asile, il se retrouve au milieu de ses excitations habituelles et recommence à commettre des actions criminelles. Certains exemples sont frappants, et je pense vous rapporter à ce propos un évènement qui s'est passé il y a quelques mois sur le boulevard des Italiens.

Un homme, regardé comme guéri, sortait d'une maison de santé où il avait été enfermé pour avoir commis un meurtre dans l'état d'alcoolisme. Aussitôt lâché, il s'était rendu dans un restaurant, avait déjeuné copieusement et bu du champagne; aussi, comme, son déjeuner fini, il sortait sur le boulevard, il tira des coups de revolver au milieu des personnes qui attendaient l'omnibus de Clichy-Odéon. Il fut remis dans un asile, mais comme il en est sorti maintenant, je vous engage vivement à ne pas vous trouver à sa portée la première fois qu'il sera sur le boulevard après avoir bu une bouteille de champagne.

Cette situation est très grave et on dit, dans ce cas, que c'est la faute du médecin légiste. Loin de là, c'est la faute de la loi, dans laquelle il y a une lacune. On croyait, au moment où on l'a rédigée, que, pour me servir d'une comparaison que j'ai déjà employée, on perdait sa raison comme son porte-monnaie; rien n'est plus faux et il y a tous les intermédiaires entre la raison et la démence. Pour les gens qu'on acquitte, dans les conditions que je viens de vous citer, il faut des asiles de fous criminels. En Angleterre, un asile de ce genre existe, depuis qu'un fou a été acquitté après avoir tiré sur le souverain. Il est vrai que Sa Gracieuse Majesté a le droit d'autoriser la mise en liberté du fou, mais elle use fort rarement de sa prérogative. Il faudrait, en France, obtenir cette réforme, et, du reste, le Sénat l'a votée il y a quelques années. Il est à espérer qu'elle passera dans la loi après avoir été soumise à l'étude de la Chambre, car, en ce moment, il y a des

---

le protoxyde d'azote. Il put se faire arracher une dent sans rien éprouver; enhardi par ce résultat, il obtint un succès complet chez douze, au moins, de ses clients. Comprenant l'importance de la découverte, H. Wels vint à Boston, se mit en rapport avec W.-T.-G. Morton, son ancien associé, et tous les deux obtinrent de Charles Warren, chirurgien de l'hôpital général, l'autorisation d'une expérience publique. Celle-ci eut lieu en présence des élèves qui devaient se réunir, le soir même, « pour s'amuser à respirer de l'éther ». Un patient se prêta pour l'arrachement d'une dent; Wels, plein de confiance, lui fit respirer le protoxyde d'azote qu'il avait préparé, mais l'inconstance des effets du gaz trahit l'expérimentateur. Au moment de l'avulsion pratiquée par Wels lui même, un cri perçant de douleur s'éleva, suivi de rires et de sifflets. Le malheureux dentiste, confus, découragé, revint à Hartford, y tomba malade de chagrin, et, comme d'autres inventeurs, renonça aux expériences, à sa profession, sinon à son rêve. Plus tard, quand l'éthérisation eut traversé l'Atlantique et que l'écho de son triomphe revint aux Etats-Unis, H. Wels se rendit en Europe pour revendiquer sa part de gloire. Mais ses droits ne pouvaient être appuyés sur aucun document irrécusable; il se vit éconduit à Londres d'abord, à Paris ensuite, où il passa l'hiver de 1847 et où il écrivit une lettre à l'Académie de médecine le 23 février. Accablé par le chagrin et la misère, inconsolable d'avoir approché si près du but sans l'atteindre, il revint en Amérique, puis se donna la mort en s'ouvrant les veines dans un bain et en respirant de l'éther pendant son agonie.

(A suivre.)

ANÉMIE
CHLOROSE
LE FLACON: 4 FR.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

HÉMORRHAGIES
LYMPHATISME
LE FLACON: 4 FR.

Inaltérables, dosées a 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale a 30°.
Dans toutes les PHARMACIES de FRANCE et de l'ÉTRANGER.

VICHY-SAINT-YORRE
SOURCES SAINT-LOUIS, N° 1 & N° 2

Ces eaux sont remarquables par la quantité des principes minéralisateurs qu'elles contiennent (10 gr. 1/2 de matière fixe), et par leur abondance en acide carbonique (plus du double de leur volume). Aucune source similaire n'en présente une pareille quantité, ce qui les rend **très agréables au goût** et empêche qu'elles ne s'altèrent par le transport.

Elles sont utiles dans toutes les **affections qui dépendent de la nutrition retardante** et peuvent se boire d'une façon continue sans le moindre inconvénient. Le criterium de la saturation est le goût du malade.

Ces Eaux se trouvent chez tous les Marchands d'Eaux Minérales et dans toutes les bonnes Pharmacies.
ADMINISTRATION : 27, Boulevard des Italiens, PARIS.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Employé depuis plus de trente ans par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur, Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes,** enfin dans tous les troubles de la circulation.

DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Approuvées par l'Académie de Médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur les **autres ferrugineux** et leur efficacité contre les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

ERGOTINE ET DRAGÉES D'ERGOTINE
de BONJEAN
(Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris)

L'***Ergotine Bonjean***, soit en potion, soit en solution pour injections hypodermiques, est un des meilleurs hémostatiques. — Les ***Dragées d'Ergotine Bonjean*** sont employées pour **faciliter le travail de l'accouchement et arrêter les Hémorrhagies** de toute nature.

Dépôt Général : *LABÉLONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris*
SE TROUVENT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE CHAQUE VILLE

PASTILLES ET ÉLIXIR HOUDÉ
au CHLORHYDRATE de COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, les **Pastilles Houdé** procurent le plus grand soulagement et calment les douleurs dans les **maladies** de la **gorge,** dans les **enrouements,** les **extinctions de la voix,** les **laryngites,** les **angines** et les **accès d'asthme.**—Elles contribuent à faire disparaître les **picotements, chatouillements et sentiments d'irritation,** et à **tonifier les cordes vocales;** très utiles pour combattre les maladies de l'œsophage et de l'estomac en facilitant la déglutition.

Dosage : *Chacune de nos pastilles renferme 2 milligrammes de Chlorhydrate de Cocaïne.*
Mode d'Emploi : *De 6 à 8 par jour suivant l'âge; les prendre une heure avant le repas.*

En raison de ses propriétés anesthésiques, l'**Elixir Houdé** constitue un puissant sédatif des **névroses stomacales.** — Recommandé pour combattre les **Gastrites, Gastralgies, Dyspepsies, Vomissements, Mal de mer;** il calme aussi les douleurs de l'estomac, résultant d'**ulcérations** et d'**affections cancéreuses.**

Dosage : *Notre Elixir renferme 10 milligrammes de principe actif par 20 grammes.*
Mode d'Emploi : *Un petit verre à liqueur après le repas et au moment des crises.*

Dépôt Général : A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg St-Denis, PARIS
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX ORFILA)



Médailles aux Expons : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney

INHALATIONS D'OXYGÈNE
APPAREILS DE LIMOUSIN

INHALATEUR, Location, 3f par semaine. GAZ, 2f50 le ballon de 30 litres.
Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte : 130 fr.
PHARMACIE LIMOUSIN, 2bis, RUE BLANCHE, PARIS

DRAGÉES QUINOIDINE DURIEZ
Puissant tonique. — *Très efficace* contre les *récidives des fièvres intermittentes.*
Dix centigr. de Quinoïdine par Dragée. — Fl. de 100 : 4 fr. Fl. de 20 : 1 fr. — PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes Phies.



(Formule du Codex N° 603)
ALOÈS & GOMME-GUTTE
Le plus commode des
PURGATIFS
très imités et contrefaits.
L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la marque des véritables
Dépôt Phie LEROY, 2, r. Dau
ET TOUTES LES PHARMACIES

MALADIES DE POITRINE
SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*
Pharmacie SWANN
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

Médailles aux Expositions
GUÉRISON des MALADIES
DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE
DYSPEPSIE — GASTRALGIE
CONSTIPATION — GASTRITE, ETC.
EXIGER — *LA SIGNATURE*
Guéries par la
MALTINE GERBAY
Dosée par le Dr COUTARET, Lauréat de l'Institut.
Approuvé par l'Académie de Médecine.
Exportation *GERBAY, Roanne* (Loire)
Dépôt dans toutes les Pharmacies.

VIN DE G. SEGUIN
Le Vin de SEGUIN est un puissant *Tonique*, pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT.
Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la
FUCOGLYCINE GRESSY
Ce Sirop agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'*Huile de Foie de Morue.*
LE PERDRIEL & Cie, Paris ET PHARMACIES.

VIN MARIANI
à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Prix : 5 fr. la bouteille.
Maison de Vente MARIANI bd Haussman, 41
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

PRÉPARATIONS DE
PERCHLORURE DE FER
Dr DELEAU, médecin du Dépôt des condamnés.
Solution normale à 30°; solution caustique à 15°. Sirop, Pilules, Pommades, Injections pour hommes et pour femmes.
Dépôt général, ancienne pharmacie G. Koch, rue de Richelieu, 44, à Paris. F. DUCOUX, successeur.

PHTHISIE
BRONCHITES, TOUX, CATARRHES
CAPSULES CRÉOSOTÉES
Du Docteur FOURNIER
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS (0.20 par cuill.)
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885

Médaille de bronze, Francfort 1881. — médaille d'argent, Bordeaux 1882.
LA BIENFAISANTE
DE
PONT DE NEYRAC
Affections du tube digestif,
Engorgements du foie et Calculs biliaires.
Chez J. TAVERNIER, Propre à AUBENAS (Ardèche)
et chez les pharmaciens et marchands d'eaux minles.

Agréable à boire
Tonique
Reconstituante,
EAU de
Guérit
L'ESTOMAC
et régularise les
fonctions de
L'INTESTIN
POUGUES

Dragées Demazière

CASCARA SAGRADA
Dosées à 0 gr. 125 de Poudre.
Véritable Spécifique de la Constipation habituelle.

IODURE de FER et CASCARA
0 gr. 10 d'Iodure — 0 gr. 03 de Cascara.
Le plus actif des Ferrugineux n'entraînant pas de Constipation.

Dépôt général : Pharmacie G. DEMAZIÈRE, 71, Avenue de Villiers, Paris.
Échantillons franco aux Médecins.

MALADIES DE LA PEAU

Les *GRANULES* et le *SIROP d'HYDROCOTYLE ASIATICA* de J. LÉPINE, *Pharmacien en chef de la Marine à Pondichéry*, sont, d'après le Dr CAZENAVE, Médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriaris, Lichen, Prurigo, Dartres, etc.**
Dépôt Général à PARIS : Phie FOURNIER, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.
Vente en Gros : **Labélonye**, 99, rue d'Aboukir, Paris.
SE TROUVENT DANS TOUTES LES PHARMACIES

PHTISIE
Médaille d'OR
BRONCHITES ET CATARRHE PULMONAIRE
Traitement Curatif
par les Injections sous-cutanées *Hâvre 1887*
de l'EUCALYPTINE LE BRUN
Dépôt Génl : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS

Rapport favorable de l'Académie de Médecine
VINAIGRE PENNÈS
Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique
Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Timbre de l'État. — TOUTES PHARMACIES

DIGESTIF COMPLET
ÉLIXIR EUPEPTIQUE TISY
A BASE DE PANCRÉATINE, DIASTASE ET PEPSINE
CORRESPONDANT A LA DIGESTION DES
CORPS GRAS FÉCULENTS ET AZOTÉS
EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1878
MENTION HONORABLE
MÉDAILLE D'ARGENT. La réunion des trois ferments eupeptiques assure à cet élixir son efficacité dans toutes les dyspepsies. MÉDAILLE D'ARGENT.
La composition du véhicule lui donne une saveur agréable, et surtout une stabilite absolue, qui manque le plus souvent aux préparations ayant pour base des matières animales. — 30 Cgr. « diastase, 10 centigr. de pepsine et 10 centigr. de pancréatine par cuillerée à bouche.
Gros et Détail, Maison BAUDON, 12, rue Charles V (Bastille), Paris.

ALIMENTATION AU GLUTEN
F. LAPORTE, neveu et successeur de F. DURAND
Fabricant de produits alimentaires au gluten : Biscottes, pain en tranches, chocolats, semoule de pain de gluten et pâtes diverses à l'usage des diabétiques et des personnes dont l'estomac débilité demande une nutrition spéciale.
Ces produits sont approuvés et recommandés par les Sociétés savantes, par le Corps médical et particulièrement par l'Académie de médecine de Paris. — 10 médailles or et argent. — Diplôme d'honneur.
TOULOUSE, 41, rue des Amidonniers. — PARIS, 24, rue des Grands-Augustins.

Phthisie Scrofule Rachitisme Fractures Suppurations Débilité
PRODUIT NÉ A L'HÔPITAL St LOUIS, PLUS ACTIF QUE L'Hle F. M.
LE PHOSPHATE MONOCALCIQUE CRISTALLISÉ DE BARBARIN
C'est le Phosphate de Chaux à son maximum de puissance et de pureté.
le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. pour 30. — Vin reconstituant titré à 1 gr. pour 60
et Bonnes Pharmacies.
Paris, 163, Rue de Belleville
Épuisement Convalescence Croissance Dentition Grossesse Allaitement

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES PAR BERTHELOT
Sans aucune saveur styptique, c'est de tous les ferrugineux le plus *actif* et le plus *assimilable*.
VIN (Une cuillerée par repas). — GOUTTES concentrées (10 à 20 par repas). — DRAGEES (2 à 3 par repas)
PARIS. 32. Faub. Montmartre et toutes ph^{cies}. — Echantillons franco. — Entrepôt général Ph^{cie} ROBIN à Bourges.
CHLOROSE, ANÉMIE, DYSPEPSIE, LYMPHATISME, DIABÈTE

ÉLIXIR LUCAS

VIANDE — FER — VIEUX COGNAC
VRAI COUP DE FOUET
SURPASSE TOUS SES SIMILAIRES
Remède par excellence des Anémiques des Chlorotiques et
Surtout des Convalescents
Convient admirablement dans la *fièvre typhoïde à forme adynamique*. Aucun tonique ne répare les forces aussi sûrement et aussi rapidement.
NOMBREUX ÉLOGES DE MÉDECINS
LUCAS, pharmacien, Ingrandes (Maine-et-Loire)
Dépôt : ACARD, 218, r. St-Honoré, PARIS
PRIX : 3 FRANCS
Même Elixir sans fer.

Ampoules Boissy A L'IODURE D'ÉTHYLE

Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la *Méthode iodurée*. — Guérison complète.
Pour Inhalations — *Une dose par Ampoule*
BREVETÉES S. G. D. G.

Ampoules Boissy AU NITRITE D'AMYLE

SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystéro-Epilepsie
4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

BAINS D'EAUX MERES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50 c. *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

Dépôts : A Paris, Pharmacie centrale de France 7, rue de Jouy. Arnault, pharm., rue St-Lazare, 101. — Province : les principales pharmacies. A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.



SOLUTION PELISSE

au *Benzoate de Soude du Benjoin*
RECOMMANDÉE DANS LES
Affections aiguës et chroniques de la
GORGE ET DES VOIES RESPIRATOIRES
DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigr.
Pharmacie PELISSE, *4, Rue de la Sorbonne, PARIS.*

QUINA * FER
Chlorose, Anémie

Vins Titrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

Voir *Union Médicale* — Juin 1888 — Page 954 et 955.

INJECTION du Dr MASSON

(A base de THALLINE)
Spécifique du *Gonococcus*. — Antiseptique, Préservative et curative. — Supprime la douleur et guérit en quelques jours sans autre traitement.
Pharmacie, 146, rue Lafayette, PARIS.

ÉPILEPSIE — HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le **SIROP de HENRY MURE** au ***Bromure de Potassium*** (*exempt de chlorure et d'iodure*), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de **SIROP de HENRY MURE** *contient 2 grammes de bromure de potassium.*

Prix du Flacon : 5 francs.

Henry MURE, Ph^{ien} à Pont-St-Esprit (Gard). — PARIS, Ph^{ie} **LEBROU**, 16, rue Richelieu,
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES

aliénés qui circulent librement et qui sont fort dangereux. Pour eux, la récidive s'impose.

Il y a encore un point, Messieurs, sur lequel je dois attirer votre attention. Nous disons, sur la demande d'un juge d'instruction, que l'individu n'est pas sain d'esprit, n'est pas responsable. Il est enfermé, et, au bout de quelque temps, le directeur de l'asile déclare qu'il ne veut pas le garder, car il ne présente pas de symptômes d'aliénation. Quand nous donnons un de ces certificats dans lesquels nous déclarons que l'aliéné n'est pas responsable, c'est comme si nous délivrions une sorte de brevet d'impunité. Il y a quelques années, un médecin eut à examiner un clerc d'huissier qui avait volé son patron. Comme l'accusé avait eu autrefois quelques troubles épileptiques, le médecin le déclara irresponsable. Depuis ce moment, cet homme va de département en département, se place toujours comme clerc d'huissier, puis, après quelque temps, se sauve en emportant une somme d'argent quelconque. Il est alors arrêté et montre son certificat. Presque toujours le juge d'instruction écrit à Paris et demande copie du rapport délivré au moment de la première affaire. Le coupable s'en tire avec quelques mois de prison et recommence dans un département voisin. Dans ces cas, Messieurs, vous vous trouvez dans une sorte d'impasse, car l'aliéné, malade au moment où vous l'examinez, peut redevenir sain par la suite et être responsable de ses actes.

Je veux vous dire encore un mot de la responsabitité comme la conçoivent Lombroso et l'école italienne. Bien des philosophes ont parlé de la responsabilité en travaillant dans le silence du cabinet. Ce qu'ils ont trouvé de plus vrai, c'est leur γνωθι σεαντον. Ils ont toujours trouvé un moi intérieur qui distingue nettement le bien et le mal; ils l'ont appelé la conscience, et, pour eux, cette conscience est le fondement de la responsabilité. Quand on fait de la médecine légale et qu'on a été imbu de cette doctrine, c'est avec un grand étonnement que l'on voit, par exemple, le fait suivant : Un homme de 40 ou 50 ans, estimé, honnête, se fait arrêter dans une pissotière se livrant à des actes lubriques avec un voyou; ou bien une femme riche, rentée, est arrêtée dans un grand magasin, volant des objets sans valeur. Que devient ici le moi? Que devient la conscience? Nous connaissons tous des gens qui sont parfaits dans leurs relations extérieures et qui, cependant, ont une morale privée déplorable. D'autres, au contraire, ont une vie extérieure médiocre, sont regardés comme suspects d'indélicatesse, quelquefois même comme voleurs, et vivent très correctement dans leur famille.

Il peut donc y avoir une dissociation entre les phénomène de la vie intellectuelle et ceux de la vie extérieure. Ceci n'a rien de surprenant, car cette distinction est faite par le pédagogue qui donne une note pour l'attention, une note pour la conduite.

Quand on veut voir comment se développe la vie intellectuelle, on prend généralement comme type l'enfant. Etudions chez lui la dissociation dont je viens de parler. Les enfants sont sans pitié, dit-on. Il est certain que beaucoup d'enfants n'ont pas de pitié pour les animaux, qu'ils sont volontiers cruels pour l'animal qu'ils n'ont jamais caressé. Par contre, ils ont la plus vive affection pour le chien ou le chat avec lequel ils ont l'habitude de vivre et auquel ils font sans cesse attention.

Il y a une chose qui existe très vite dans l'esprit de l'enfant, c'est le sentiment du juste et de l'injuste. Quand, au collège, un enfant a, comme cela

se voit quelquefois, copié sa composition sur celle de son camarade et que ce dernier est classé en tête, tandis que lui est mis à la queue, son cœur se révolte contre l'injustice, qu'il estime être une mauvaise action. Ce sentiment pourtant n'est pas général, et les enfants l'ont plus ou moins développé. En effet, chez le même enfant, certaines facultés deviennent prépondérantes, tandis que d'autres sont loin de se développer d'une façon correspondante. Un petit garçon, de 15 à 16 ans, avait tué sa tante à coups de rouleau de pâtissier pour lui prendre sa montre. Il était cependant très intelligent, toujours le premier dans sa classe, mais, chez lui, le sentiment du bien et du mal n'existait pas. Pour faire comprendre cette inégalité des facultés, Lasègue donnait l'exemple suivant : dans une classe d'adolescents au collège, il y a des jeunes gens qui sont toujours les premiers, tandis que d'autres sont des cancres. Si l'on emmène les uns et les autres dans un salon, bien souvent ceux qui sont à la tête de leurs camarades tâcheront d'aller jouer aux billes avec des enfants, tandis que les autres seront élégants et chercheront à plaire aux femmes et aux jeunes filles. Cette distinction existe aussi chez l'adulte, car certains grands de la terre ont une vie privée bien singulière, tout en étant cependant fort intelligents. Il y a donc lieu de faire la distinction entre la valeur intellectuelle et la moralité, et il ne faut pas conclure de l'intelligence d'un inculpé à sa responsabilité morale. A 20 ans j'étais fort indulgent pour des choses que je ne me pardonnerais pas maintenant que j'ai 53 ans.

Dans une pièce moderne on trouve, dans la liste des acteurs, cette indication bizarre : *Un vieux débauché — 30 ans.* Il est évident que c'est là une phrase d'adolescent; mais le côté sérieux de tout ceci, c'est que la responsabilité morale ne se développe pas en même temps que l'intelligence et augmente avec l'âge.

REVUE D'ORTHOPÉDIE

Sous ce titre, la littérature médicale française vient de s'enrichir d'un nouveau recueil publié sous la direction de MM. Kirmisson et L.-H. Petit, avec la collaboration de MM. les professeurs Verneuil, Lannelongue, Ollier, Dubreuil et Poncet pour la France, et, pour l'étranger, des principaux chirurgiens s'étant acquis une réputation dans l'orthopédie. Il est inutile de faire remarquer le vide que vient combler cette publication. Tandis que, dans les pays voisins, la découverte de l'antisepsie permettait, avec l'innocuité la plus parfaite, des tentatives considérées comme coupables autrefois et contribuait à agrandir le champ déjà si vaste de l'orthopédie, en France, cette spécialité autrefois si florissante s'était vue peu à peu délaissée, et, comme le dit M. de Saint-Germain dans ses *Leçons sur la chirurgie orthopédique* : « Cette indifférence, ayant pour conséquence l'ignorance des jeunes générations médicales, avait laissé tomber cette branche importante de l'art de guérir entre les mains de certains empiriques et de quelques charlatans. »

En Angleterre, en Amérique, en Allemagne, en Italie même, des publications périodiques montrent chaque jour les nouvelles conquêtes qui permettent de combattre les difformités considérées autrefois comme incurables. En France, les chirurgiens reprennent intérêt à ces traitements et à ces opérations, qui demandent des conceptions ingénieuses et spéciales allant bien à leur esprit; mais il manquait un journal donnant un corps à toutes ces tentatives isolées et permettant au lecteur de se tenir au courant des principales découvertes faites à l'étranger. Il n'en sera plus ainsi désormais.

La *Revue d'orthopédie*, paraissant tous les deux mois, montrera à chacun ce qu'il peut faire en lui indiquant ce qui a déjà été fait ailleurs.

Le premier numéro de cette publication commence par quelques considérations sur l'histoire de l'horthopédie, dues à la plume de M. L.-H. Petit. Ces quelques pages montrent aux chirurgiens français qu'ayant tant fait dans le passé, ils sont en demeure de faire beaucoup dans l'avenir. On y verra que les idées neuves et originales sont souvent parties de notre pays, et nous n'en voulons pour preuve que l'article suivant, sur LES LUXATIONS PRÉTENDUES CONGÉNITALES DE LA HANCHE.

Le professeur Verneuil, à propos d'une observation des plus curieuses de son service, y soutient l'opinion émise par lui, en 1866, que « bon nombre de luxations du fémur dites congénitales ne sont vraisemblablement que la conséquence des lésions musculaires sous la dépendance de la paralysie infantile ». Cette proposition est restée vraie malgré ce qu'en dit le docteur Karewski dans les *Archiv für Klinische Chirurgie* de 1888. Ce chirurgien allemand ne donne, en effet, pour combattre cette théorie, qu'un seul argument se traduisant par cette phrase : « On sait que la luxation congénitale de la hanche doit être attribuée, dans le plus grand nombre des cas, à son défaut de formation ou de développement. » L'affirmation est nette sans doute, mais peu démonstrative, ajoute M. Verneuil, qui appuie son opinion sur l'extrême rareté des luxations observées au moment de la naissance par rapport à celles constatées à partir du commencement de la deuxième année ; sur les caractères anatomiques particuliers de ces luxations; sur la possibilité de prendre sur le fait la pathogénie de la luxation paralytique, et enfin sur l'impossibilité absolue d'établir le diagnostic différentiel d'après les signes cliniques entre les luxations *ante partum* et *post partum*. Du reste, la luxation intra-interne est tellement rare que le professeur Verneuil et ses élèves, dans leurs nombreuses recherches anatomiques, n'en ont jamais rencontré. Le nouveau chirurgien de l'Hôtel-Dieu ne la met nullement en doute; mais il apprécie tellement l'importance d'une découverte de ce genre qu'il offre, en guise d'encouragement, 300 francs en livres ou en instruments au chercheur qui lui donnera une pièce bien disséquée se rapportant rigoureusement à la variété pathologique signalée plus haut.

Dans un travail original, C.-H. Golding Bird, chirurgien de Guy's Hospital, donne son appréciation sur la valeur de la méthode de Sayre dans le traitement des scolioses. Il commence par dire qu'il n'existe pas de traitement orthopédique plus parfait que celui-là; mais il faut savoir l'appliquer et ne pas croire que, à son aide, on pourra guérir toutes les déviations latérales du rachis.

Il divise les malades atteints de cette attitude vicieuse en trois classes : d'abord ceux qui sont parfaitement corrigés par la suspension. Ils sont, en général, âgés de 10 à 19 ans, et, dans ces cas, point n'est besoin d'appliquer un corset plâtré; les exercices callisthéniques et la suspension par l'appareil de Sayre, faite par le malade lui-même, suffisent pour ramener la rectitude de la colonne vertébrale et corriger l'asymétrie des épaules. Dans la seconde classe, l'affection date de deux à quatre ans, les lésions sont plus profondes et la correction par le sayrisme n'est pas complète. Ici, le corset plâtré est nécessaire et il devra être changé fréquemment pour se conformer aux progrès obtenu. On doit prescrire les mêmes exercices que ceux signalés plus haut, et recommander au malade de ne jamais s'asseoir et de toujours se coucher; ce qui, entre parenthèses, doit être plus facile à ordonner qu'à obtenir. Enfin, dans la troisième classe, on ne doit pas espérer la guérison : ce sont de malheureux infirmes qui doivent cependant être traités, car on peut les soulager beaucoup. Les douleurs disparaissent, la respiration devient facile après les séances de suspension, et le port d'un corset, soit en plâtre, soit en toute autre substance, change complètement les conditions d'existence de ces pauvres impotents.

La grande pratique de C.-H. Golding Bird rend son opinion particulièrement intéressante. Voici, du reste, les résultats qu'il a obtenus sur des malades dont il a lui-même dirigé le traitement : sur 33 cas appartenant à la première classe, il y a eu 26 guérisons, soit 80 p. 100. La moyenne de la durée de la cure a été d'une année. Sur 12 malades de la deuxième catégorie, 2 améliorés cessèrent le traitement au bout de cinq mois; 6 furent soulagés d'une façon permanente et 4 ont récidivé par négligence des prescriptions. Enfin, dans la troisième classe, le chirurgien anglais possède de nombreux

exemples de sujets suffisamment améliorés pour ne plus souffrir et mener une vie beaucoup plus active.

Il est inutile d'insister sur les bons effets de la méthode de Sayre, qui, bien appliquée, donne toujours de bons résultats et dont tous les chirurgiens ont pu constater l'innocuité.

La question du pied plat valgus douloureux, et en particulier des différents procédés d'ostéotomie applicables à la cure de cette affection, est traitée dans un dernier article de fond par M. Kirmisson. Ce chirurgien expose d'abord les différentes théories qui ont été données en France sur la pathogénie de cette maladie et examine ensuite les travaux allemands qui ont dernièrement paru sur ce sujet. Nous y trouvons les opinions de Hueter, de Henke, de Meyer (de Zurich), de Lorenz (de Vienne), qui toutes ont un point commun, c'est qu'elles font résider dans le système osseux les altérations susceptibles de donner naissance à la tarsalgie et, de plus, ces lésions ne seraient que la conséquence de la surcharge éprouvée par la voûte plantaire. De là à diriger l'intervention sur le squelette, il n'y avait qu'un pas, qui a été franchi par les chirurgiens allemands et anglais. Bennet a conseillé l'excision cunéiforme de l'astragale; Stokes, la résection de cet os; Vogt, l'extirpation de l'astragale; Ogston, Golding Bird, Richard Davy se sont adressés à l'articulation astragalo-scaphoïdienne et au scaphoïde. Il est bien entendu que ces opérations ne s'appliquent qu'aux cas graves dans lesquels les déformations sont considérables et les douleurs insupportables.

M. Kirmisson, après avoir indiqué les méthodes de traitement par le repos au lit, les ténotomies, les appareils qui conviennent aux premiers degrés de la maladie, relate deux très intéressantes observations. Dans la première, il a pratiqué l'extirpation du scaphoïde, opération faite par Richard Davy et Golding Bird. Dans la seconde, il a obtenu l'ankylose de l'articulation astragalo-scaphoïdienne par le procédé d'Ogston, c'est-à-dire l'ablation des revêtements cartilagineux et l'enchevillement des deux os. Les résultats immédiats des deux opérations furent excellents et la restitution de la forme fut obtenue dans les deux cas, comme on peut s'en convaincre en examinant les figures qui accompagnent ce travail. Ce sont là, comme le dit en terminant M. Kirmisson, des opérations d'exception, mais qui n'en doivent pas moins être accueillies avec faveur; car elles reculent les bornes de la thérapeutique dans les cas où les méthodes classiques de traitement sont demeurées sans résultat.

Ce numéro de la *Revue d'orthopédie* se termine par les analyses des différents travaux français et étrangers qui ont trait à cette branche importante de l'art de guérir. Ce n'est pas la partie la moins intéressante du journal, et sa lecture peut donner une idée de la place considérable que l'orthopédie a prise de nos jours dans la chirurgie.

Voici le sommaire du nº 2 de la *Revue d'orthopédie*, pour le 1er mars :

Ollier : De l'ostéoclasie sus-condylienne du fémur et de la résection du genou dans les ankyloses osseuses de cette articulation. — Eug. Rochard : De l'arthrodise. — A.-B. Judson : Comment agit la traction dans le traitement de la coxalgie ? — E. Kirmisson : Sur une déformation particulière du genou simulant la luxation en arrière. — Analyses de travaux français et étrangers. Eugène Rochard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une note sur l'organisation et le fonctionnement du service municipal de la vaccine à Bordeaux, par M. Baillet;

2° Un rapport sur les eaux minérales d'Hammam R'Irha, par le docteur Lamarque;

3° Un rapport de M. Famochon sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1888-1889.

— M. Mesnet fait une communication sur l'*autographisme*. Chez les malades présen-

sentant ce symptôme, on peut tracer, à l'aide d'un crayon promené légèrement sur le corps, des reliefs de toute forme.

M. Mesnet a eu récemment l'occasion d'observer quatre femmes chez lesquelles il était facile d'obtenir l'autographisme. Elles présentaient toutes de l'anesthésie, de l'analgésie, générales ou partielles, des troubles fonctionnels de la vue et du goût, etc. Leur caractère était très impressionnable et il y avait chez elles, en résumé, tout l'ensemble des signes de l'hystérie. L'autographisme se produit aussi bien sur les parties anesthésiées que sur les autres; on peut en conclure que c'est un acte réflexe se manifestant par un trouble des vaso-moteurs. Chez quelques malades, l'autographisme est plus net au printemps, au moment des règles, quand il y a des causes d'excitation du système nerveux.

L'urticaire se rapproche beaucoup de l'autographisme par ses caractères extérieurs, mais le second est étranger à toute diathèse.

M. Mesnet se pose la question suivante :

Y aurait-il quelque trait d'union, quelque relation intime entre les troubles des vaso-moteurs périphériques, provoqués par l'excitation mécanique d'un stylet porté sur la peau, et les perturbations cérébrales dynamiques qui accompagnent l'hypnotisme?

En d'autres termes, le phénomène extérieur de circulation capillaire qui se passe sous nos yeux dans l'autographisme aurait-il son congénère dans un trouble intime et profond de la circulation capillaire du cerveau, trouble que nous ne pouvons constater *de visu*, mais dont les effets se traduisent à nous par une dissociation momentanée dans l'exercice des facultés intellectuelles?

M. Mesnet fait remarquer que la connaissance du phénomène de l'autographisme aurait sauvé la vie autrefois à beaucoup de prétendus sorciers.

— M. Tarnier présente une femme enceinte dont la poitrine, l'abdomen, le dos, les cuisses sont le siège d'une *pigmentation* anormale en forme de plaques brunes à bords irréguliers. Dans une première grossesse, le même phénomène s'était produit et avait disparu après l'accouchement.

— M. Villemin lit la relation d'un cas de tétanos suivi de guérison envoyé par MM. Follis et Fromaget. Ils ont employé l'eau-de-vie allemande, les injections de pilocarpine, les bains de vapeur, le chloral, la morphine et le bromure de potassium.

— M. Motais expose un nouveau procédé opératoire du *strabisme* par avancement musculaire. Au lieu de sectionner l'attache tendineuse sur toute sa longueur, il laisse une languette médiane adhérente de 2 millimètres. Puis il détache les deux bords qui doivent être avancés par deux coups de ciseaux, en remontant le long de la languette médiane sur une longueur de 8 à 10 millim. et en prenant garde de sectionner les fils. Quand la suture ne tient pas et qu'une opération secondaire est nécessaire, la recherche des bouts tendineux est rendue très facile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 21 mars 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *La rubéole.*

M. Juhel-Rénoy a recueilli sept observations de rubéole, dont quatre dans la même famille. La rubéole est un exanthème contagieux, dont on connaîtra plus tard le germe parasitaire. La propagation en est aussi facile que celle de la rougeole. Sans épargner les adultes, elle semble frapper l'enfance avec prédilection. On peut lui attribuer une incubation de quinze jours.

L'éruption est polymorphe, avec prédominance de l'aspect morbilleux et scarlatiniforme. Son début est brusque, les prodromes sont presque nuls; on n'observe que par exception le catarrhe des muqueuses et l'état général est à peine modifié, ce qui établit une distinction fondamentale entre la rubéole et les autres fièvres éruptives.

On observe à peu près constamment des adénites multiples qui sont l'élément capital du diagnostic et peuvent précéder l'éruption de plus de huit jours.

La desquamation est toujours légère, la rubéole guérit rapidement et toujours.

Cependant, il convient d'isoler les malades et de ne les laisser rentrer dans les écoles qu'avec le certificat usité pour les autres maladies contagieuses.

M. Huchard dit avoir observé, il y a dix ans, des éruptions analogues à celles qu'a décrites M. Juhel-Rénoy et avoir porté le diagnostic de rubéole. Ces cas sont plus fréquents qu'on ne le croit. M. Huchard n'a pas trouvé les adénites aussi accentuées que son collègue les a vues, mais il leur accorde aussi une grande importance au point de vue du diagnostic.

M. Huchard a vu, chez quelques malades, une rougeur de la gorge qui aurait pu faire penser à la scarlatine, si le polymorphisme de l'éruption n'avait écarté ce diagnostic. Il y a quelquefois certains phénomènes généraux, une légère fièvre. La rubéole est certainement une maladie autonome, mais le plus souvent méconnue.

M. Talamon rappelle que, dans un cas relaté par lui et M. Lecorché, la rougeur scarlatineuse de la gorge et le gonflement des amygdales se trouvent signalés. — P. L. G.

COURRIER

Prix Civiale. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les « Maladies des voies urinaires. »

Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration avant le 15 octobre 1890, au plus tard.

Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— Le professeur Pinard a inauguré le vendredi 21 mars son enseignement officiel.

Avec une émotion difficilement contenue et partagée par ceux qui savent que les ambitions du jeune maître ne sont pas exclusivement personnelles, M. Pinard a raconté ses débuts dans la vie médicale, et aurait pu se montrer à l'auditoire comme un exemple de ce que font la persévérance et le talent favorisés par une heureuse étoile.

Puis, dans un aperçu historique, il a fait voir clairement la priorité que notre pays a eue, dès l'origine, de par son propre génie, dans l'art des accouchements, priorité que nous devons lui conserver.

De toutes parts et par un consentement unanime on s'est occupé, on s'occupe de réformes fondamentales qui doivent faciliter aux élèves des études qui leur ont été longtemps fermées. Il faut que le médecin, au début de sa carrière, soit familiarisé avec l'obstétrique et ne se forme pas *in animâ vili* au grand détriment de l'humanité et de la science. Les élèves trouveront ces facilités d'études à la nouvelle clinique Baudelocque, organisée pour un travail individuel et collectif fructueux.

— M. le docteur Reymondon est nommé médecin adjoint du lycée de Chambéry (emploi nouveau).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Les superstitions du moyen âge disparaissent peu à peu devant la science moderne, qui ramène au rang de phénomènes naturels, quoique pathologiques, ce qui autrefois paraissait mystérieux et diabolique. L'intéressante communication faite par M. Mesnet à l'Académie nous montre encore comment les stigmatisés d'autrefois, au lieu d'être des suppôts de Satan, sont devenus de simples malades : l'hystérie a englobé tout ce que le moyen âge traitait par le bûcher sous prétexte de sorcellerie; Satan et les possédés n'existent plus que pour mémoire dans nos livres, ils ont fait place au système nerveux et à ses maladies. Quoi de plus curieux que la forme d'hystérie nouvellement étudiée et à laquelle M. Mesnet a donné le nom d'autographisme! On passe la pointe d'un crayon sur la peau, et, aussitôt celle-ci rougit, et un relief semblable à l'urticaire, donne l'image tracée par le crayon, dix ou vingt fois grossie. Que serait-il arrivé il y a trois siècles, si un juge mal intentionné, comme plus tard Laubardemont, eût écrit de la sorte *Satan* sur le corps d'un ou d'une prétendue possédée? On l'eut vraisemblablement brûlée sur place. Heureusement il ne paraît pas que ces cas eussent été connus alors.

Par une coïncidence curieuse, M. Tarnier a présenté le même jour, à

FEUILLETON

L'ANESTHÉSIE (1)

Par le professeur LABOULBÈNE.

Lorsque la nouvelle se répandit en Europe qu'on avait trouvé en Amérique le secret d'abolir la douleur, et qu'il suffisait de respirer de l'éther pour rendre insensible celui qui allait subir une opération, cette nouvelle fut accueillie avec défiance. La simplicité du moyen était grande, autant que la propriété merveilleuse due à un agent connu depuis trois siècles et employé constamment dans la pratique médicale. Mais il était facile de savoir la vérité; on vérifia le fait, les doutes cessèrent. Il y eut alors une explosion d'enthousiasme; les applaudissements des deux mondes saluèrent la découverte de l'anesthésie.

Personne ne savait au juste ce qui s'était passé. L'habitude des respirations récréatives d'éther diminuait aux États-Unis; elle avait donné lieu à de sérieux accidents et même à des cas de mort. Les dangers de l'emploi de l'éther étant reconnus rendaient craintifs médecins et chirurgiens. Une circonstance fortuite fit expérimenter par Charles

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

l'Académie, une femme portant sur de nombreux points du corps des taches pigmentaires survenues depuis plusieurs mois. Encore une qui serait probablement montée sur le bûcher à l'époque où toute tache sur la peau passait pour être le *sceau de Satan.* Dans l'espèce, c'est la grossesse qui en était cause, et il est fort probable que cette pigmentation rare était analogue au masque habituel, d'autant plus que la femme avait eu une éruption semblable lors d'une première grossesse et que les taches ont disparu aussitôt après l'accouchement. Mais quelle belle occasion pour les Laubardemont du xve et du xvie siècles de faire brûler la mère et l'enfant!

L.-H. P.

Traitement des tuberculoses externes par le naphtol.

M. le docteur Reboul, ancien interne des hôpitaux, vient d'écrire une thèse importante sur le *traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses au moyen des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré.* C'est, à proprement parler, l'histoire du traitement antiseptique de ces affections, à laquelle M. Reboul a ajouté un grand nombre d'observations personnelles recueillies pendant son internat dans les services de MM. Labbé, Périer, Ch. Monod, etc. Mais l'auteur a surtout insisté sur un point nouveau de cette question, celui qui a trait à l'emploi du naphtol camphré ; et c'est ce point que nous allons exposer ici, d'après sa thèse.

Les naphtols, et le naphtol camphré en particulier, sont employés depuis peu en chirurgie. Ce dernier corps même n'est connu que depuis 1888, époque à laquelle M. Désesquelle, interne en pharmacie à l'hôpital Lariboisière, réussit à le produire.

C'est un liquide onctueux au toucher, plus dense que l'eau, insoluble dans ce véhicule, miscible aux huiles fixes et volatiles, à l'alcool, à l'éther, au chloroforme. Exposé à l'air libre, il se décompose : le camphre se volatilise et le naphtol se cristallise. Il se colore très rapidement à la lumière, d'où

Jackson, docteur de l'Université de Harward, les vapeurs éthérées. Géologue et chimiste, il préparait du chlore, et il aspira ce gaz émané d'une bouteille brisée; voulant combattre l'irritation violente qui suivit, il imagina d'aspirer simultanément des vapeurs d'éther et d'ammoniaque, dans l'espoir que l'hydrogène de l'éther formerait, avec le chlore, de l'acide chlorhydrique, lequel serait fixé par l'ammoniaque. L'ètherprocura du soulagement; son usage fut continué et l'anesthésie se produisit. Dès ce moment (1842), Jackson admit en théorie l'anesthésie par l'éther, mais ce ne fut que quatre ans plus tard qu'il put la faire réaliser par un dentiste de Boston. Ce dentiste était William Morton, le même qui avait assisté le malheureux H. Wels; il vint le 1er septembre 1846 trouver Jackson dans son laboratoire et lui demanda le moyen de simuler une tentative quelconque sur une malade pusillanime qui demandait à être magnétisée. Jackson lui conseilla de recourir à l'éther et lui remit pour cela un flacon de Wolff muni à ses deux ouvertures de tubes de verre. Le dentiste, qui ne connaissait rien de l'éther, essaya l'effet sur lui-même; il réussit parfaitement et aussi chez un malade auquel il extirpa une dent barrée sans que ce dernier s'en aperçût. Plein de joie, Morton vint annoncer ce double succès à Jackson qui n'en fut point surpris et qui, de plus, lui dit de s'adresser à Charles Warren pour que l'éther fût employé dans une opération sérieuse. Warren, ayant accepté, pratiqua, le vendredi 16 octobre 1846, l'ablation d'une volumineuse tumeur du cou nécessitant une dissection longue et sûrement douloureuse; l'opération eut lieu en présence des élèves de la Faculté de médecine, ainsi que d'un grand nombre des praticiens de Boston. Morton, au moyen d'un flacon confectionné d'après les conseils de

la précaution de le conserver dans des flacons hermétiquement bouchés et en verre jaune, pour le soustraire à l'action des rayons chimiques.

Le naphtol camphré dissout l'iode en assez forte proportion. On peut préparer à froid le mélange suivant : Naphtol camphré, 90 grammes; iode pulvérisé, 10 grammes. Les phénols et dérivés phénoliques, le chlorhydrate de cocaïne, les alcaloïdes du quinquina et leurs sels s'y dissolvent dans des proportions notables, surtout à l'aide d'une douce chaleur.

M. Désesquelle prépare le naphtol camphré de la manière suivante : Naphtol β, 100 grammes; — camphre, 200 grammes. Pulvériser finement chaque substance; chauffer doucement le mélange jusqu'à fusion complète, n'ajouter ni alcool ni eau; filtrer et conserver le liquide obtenu dans des flacons en verre jaune, bien bouchés.

La valeur antiseptique et antituberculeuse du naphtol a été mise en lumière par les expériences du professeur Bouchard, de Kaposi, qui, sur les indications de Ludwig, l'a employé le premier dans le traitement des tuberculoses externes ; de Maximowitch, de Reverdin, Park, Burrel, etc.

M. Nicaise a employé le naphtol β dans les pansements, en poudre, en gaze naphtolée et sous forme de naphtol camphré, et en a obtenu de bons résultats, particulièrement dans la tuberculose. MM. Fernet et Schwartz ont traité avec succès des ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses avec le naphtol camphré ; Peyrot, des adénites chroniques et des abcès froids; Ruault et Nugen, la tuberculose laryngée; Dumont, l'otite moyenne suppurée. Enfin, MM. Périer et Nélaton ont permis à M. Reboul de l'employer dans leurs services. Les bons résultats qu'il en a obtenus ont confirmé ce que l'expérimentation faisait prévoir, c'est-à-dire que le naphtol est un antiseptique puissant qui paraît agir avec efficacité dans les plaies infectées et dans les tuberculoses chirurgicales.

Recherchant le mode d'action des naphtols, M. Reboul pense qu'ils n'agissent pas seulement sur les foyers locaux, mais aussi sur l'état général. Ce résultat lui a paru très manifeste chez presque tous les malades traités avec le naphtol camphré. La preuve de cette manière de voir est

---

Gould, à deux tubulures, muni de deux soupapes et contenant une éponge imbibée d'éther, endormit le patient; l'insensibilité fut obtenue au bout de trois minutes et se prolongea pendant toute l'opération. Le malade déclarait au réveil qu'il n'avait rien senti. Le lendemain, dans le même hôpital, une ablation de tumeur fut faite par Hayward, avec succès; le 7 novembre, Bigelow réussit complètement pour une amputation de cuisse et, le même jour, il vint faire part à la Société médicale de Boston des faits précédents.

Morton avait dès le début pensé à profiter seul de la découverte, il n'avait cédé aux conseils de Jackson que par contrainte; ne renonçant pas à ses vues mercantiles, d'après l'avis et par l'intermédiaire de H. Eddy, il fit consentir Jackson à prendre en commun un brevet d'invention. Le 27 octobre, une patente fut demandée aux noms collectifs de Jackson et de Morton. Peu après, en février 1847, au moment où H. Wels se débattait misérablement à Paris, Morton entreprit de ravir à Jackson tout le mérite de l'éthérisation. Un procès fut intenté avec mémoires à l'appui, et si j'ai précisé avec soin les faits, c'est pour qu'il vous soit facile d'établir les titres et les droits de chacun.

L'honneur de la découverte est pour Jackson, c'est lui qui a seul appris à Morton les propriétés de l'éther, que ce dernier ne soupçonnait même pas et que depuis il a voulu conserver secrètes pour en bénéficier. Morton a été un agent d'exécution, d'autant plus entreprenant et hardi qu'il connaissait moins la question; il eût dû se contenter des bénéfices matériels que Jackson a constamment refusé de partager avec lui. Du reste,

donnée par M. Désesquelle, qui a trouvé que le naphtol est absorbé et passe dans les urines, alors même qu'on n'a employé dans les pansements ou l'opération que de très faibles quantités de naphtol camphré.

Jusqu'à présent, le naphtol a été employé seul, en chirurgie, sous les formes suivantes : naphtol en poudre, gaze naphtolée avec ou sans glycérine, solution aqueuse ou alcoolique, naphtol camphré et naphtol sulforiciné.

M. Reverdin a utilisé le naphtol β, dans les pansements externes, sous forme de poudre et de gaze (la gaze contient 10 à 15 parties de naphtol p. 100 d'étoffe). M. Nicaise l'a essayé sous ces deux formes; il se sert de gaze purifiée naphtolée à 5 p. 100. Pour diminuer la pulvérulence du naphtol incorporé à la gaze, il fait ajouter un peu de glycérine à la préparation.

MM. Peyrot et Poirier ont employé une solution alcoolique de naphtol, ainsi formulée par M. Bouchard : naphtol β, 5 grammes; alcool à 90°, 33 grammes; eau distillée chaude, q. s. pour 100 c. c. — Filtrez à chaud.

Ce liquide a donné de bons résultats; mais son injection dans les tissus est douloureuse et, dans les cavités d'abcès, il peut provoquer des accidents d'intoxication dus à la précipitation du naphtol. Cependant, M. Reboul n'a jamais constaté cette intoxication, qui se serait décelée vite par l'albuminurie, premier signe de l'intoxication naphtolée, d'après le professeur Bouchard.

Le *naphtol camphré* est employé en injections dans le pansement des plaies, et pour la stérilisation des instruments.

Dans les cavités, il a été injecté, par MM. Périer et Reboul, à la dose de 50 à 100 grammes : dans les articulations, les os, les synoviales tendineuses, les abcès froids, la plèvre, l'utérus. Ces injections ne sont pas douloureuses et ne déterminent ni accidents locaux, ni phénomènes généraux d'intoxication; on les pratique à l'aide d'une seringue en verre, avec piston en fils de coton ou d'ouate, le naphtol camphré ayant l'inconvénient d'altérer le caoutchouc.

---

dans le brevet du 27 octobre, Jackson figure comme l'inventeur et Morton comme le propriétaire de la découverte.

Plus tard, l'Académie des sciences décerna le prix Montyon à Jackson et lui fit obtenir la croix de la Légion d'honneur. En Amérique, on a attaché plus d'importance à l'exécution qu'à l'idée et on a regardé Morton comme plus méritant. Je crois que vous trouverez avec moi que l'Académie des sciences a bien jugé.

Jackson, quelques jours après les opérations pratiquées, avait adressé à l'Académie des sciences un pli cacheté exposant les faits de la manière la plus précise. Morton, dans son impatience, en avait fait part à un dentiste de Londres dans une lettre parvenue le 17 décembre 1846. Boot l'expérimenta de suite sur un de ses clients, et deux jours après, le 19, Liston pratiquait une amputation de cuisse et un arrachement de l'ongle du gros orteil sans que les malades en aient eu conscience. La plupart des chirurgiens de Londres avaient obtenu, à la fin du mois, des succès pareils.

La nouvelle de ces résultats parvint en France; dès le mois de décembre, Jobert fit à l'hôpital Saint-Louis, avec l'assistance d'un jeune médecin américain, un essai qui échoua par l'imperfection de l'appareil; peu après il réussissait complètement. Le 12 janvier 1847, Malgaigne faisait la première communication scientifique sur l'éthérisation, et le 1er février suivant, Velpeau, instruit de la découverte, mais qui avait refusé d'employer un moyen offert sous la condition d'un marché sans qu'on lui indiquât la nature de l'agent, sortit de la réserve qu'il s'était imposée. Il lut à l'Académie des sciences un rapport remarquable sur l'anesthésie par l'éther, sa réalité, son importance,

Employé en injections interstitielles, avec une seringue de Pravaz, le naphtol camphré a donné d'excellents résultats dans les anthrax, quelques néoplasmes malins, la tuberculose des os, des articulations, des synoviales tendineuses, du testicule, et dans les adénites chroniques suppurées ou non. Ces injections sont peu douloureuses et ne causent pendant quelques minutes qu'une sensation de gêne, de fourmillement. Il suffit d'en faire une tous les huit jours, puisqu'il est démontré que l'action du naphtol s'exerce pendant huit ou dix jours et que les urines en renferment des traces pendant cette période,

Dans les cystites tuberculeuses et purulentes, une instillation de quatre à cinq gouttes, tous les six ou huit jours, a donné de bons résultats soit entre les mains de M. Reboul, soit à la clinique de l'hôpital Necker, où on l'emploie depuis quelques mois dans ces conditions.

MM. Périer, Labbé et Schwartz ont employé avec succès le naphtol camphré pour le pansement des plaies septiques, à suppuration prolongée. Les plaies infectées ou atones bourgeonnent activement, la suppuration diminue et la cicatrisation ne tarde pas à se faire. De vieux ulcères variqueux, étendus et mal soignés, perdent leur mauvaise odeur dès le premier pansement au naphtol camphré, se recouvrent de bourgeons actifs et guérissent bien. Il en est de même des manifestations externes de la tuberculose.

Pour ces pansements, on se sert de gaze hydrophile simple ou de gaze au salol imbibées de naphtol camphré (le salol s'y dissout), que l'on applique à la surface des plaies ou que l'on introduit dans les trajets ou les cavités accidentelles ou naturelles. Pour ces derniers cas, on fait pénétrer des mèches de gaze ainsi imbibée, à l'aide de la pince de Lister, aussi profondément qu'on le désire. L'occlusion de la plaie peut être faite sans inconvénients, et dans tous les cas où ce mode de drainage a été employé, la réunion primitive n'a pas manqué lorsqu'on l'avait cherchée. Ce procédé permet, en laissant le naphtol camphré en contact avec les tissus, de pré-

les services qu'elle avait rendus. La pratique de l'éthérisation se répandit de tous côtés dans les hôpitaux et la ville; J. Cloquet, Roux, Laugier donnèrent l'exemple; Magendie et Lallemand furent les seuls à résister. La province répéta les tentatives parisiennes, et avec le même succès. Cependant, la découverte de l'anesthésie était venue du nouveau monde, en quelque sorte à l'état brut, et elle avait besoin d'être étudiée sous tous les aspects. Alors et de toutes parts les recherches commencèrent; les communications, les publications se succédèrent avec rapidité : les chirurgiens perfectionnaient le mode d'emploi, les physiologistes expérimentaient l'action de l'éther sur le système nerveux et ils recherchaient bientôt les propriétés des composés voisins de l'éther sulfurique. Je ne puis que vous indiquer ici l'esprit et la direction de cet ensemble de travaux; à la plupart d'entre eux se rattache un nom français. Il n'est que justice de rappeler que l'initiative des chirurgiens et des physiologistes de notre pays a largement contribué pour changer une notion parvenue presque à l'état d'empirisme en une méthode vraiment scientifique.

Ne pouvant entrer dans les détails, je me bornerai à vous faire remarquer combien Velpeau avait eu raison d'insister sur les deux grandes applications de l'éthérisation : l'abolition de la douleur, la résolution de l'action musculaire. De plus, Velpeau faisait pressentir les avantages qu'on pourrait en retirer pour les accouchements, et c'est à Simpson, d'Edimbourg, que revient le mérite d'avoir employé le premier l'éther de cette manière. Simpson y eut recours le 17 janvier 1847 et publia le mois suivant un mémoire à ce sujet. Le 30 janvier, Fournier-Deschamps se servit de l'éther avec succès pour

venir les dangers d'auto-infection et d'assurer plus complètement l'asepsie de la plaie.

Dans aucun cas, les légers accidents locaux survenus (démangeaison, picotements, érythème, vésication, éruption rubéoliforme), n'ont empêché la réunion primitive.

Enfin, le naphtol camphré peut servir à maintenir aseptiques les instruments qu'on y plonge; il ne détériore ni le métal ni le bois, n'altère pas le tranchant des couteaux, mais rend les instruments en caoutchouc mous et cassants.

M. Périer emploie depuis quelque temps, de la même manière que le naphtol camphré, le naphtol sulforiciné; mais ce dernier donne une solution moins stable. — L.-H. Petit.

Quelques cas de prurit simple

(*Notes de clinique thermale*)

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 29 novembre 1889

Par M. le docteur Deligny.

Je voudrais, Messieurs, vous soumettre quelques cas de prurit simple que j'ai observés à la station thermale, où j'exerce, et vous présenter aussi quelques considérations les concernant.

Le prurit simple, pris dans le sens que lui a donné Hébra, est un prurit sans affection cutanée coexistante ou immédiatement antérieure, sans autres lésions que celles que produit le grattage; c'est ainsi que nous l'envisagerons. J'ai suivi deux cas de prurit disséminé et généralisé : Le premier de ces cas concerne une dame de 43 ans, petite-fille de goutteux du côté paternel, et dont la mère est très rhumatisante. Elle même a eu, dans sa jeunessse, des épistaxis fréquentes, des bronchites; au moment de la puberté, des poussées d'urticaire; plus tard, des accès d'asthme.

---

appliquer le forceps, et le 23 février, Paul Dubois communiquait à l'Académie de médecine un travail confirmatif de celui de Simpson.

Les inhalations étaient plus ou moins actives, suivant les instruments employés. Le flacon primitif de Morton fut perfectionné en Angleterre et en France; on régularisa le système de soupapes disposées en sens inverse, le diamètre des tubes fut calculé sur celui de la trachée. Le choix du récipient, la forme de l'embouchure, etc., augmentèrent la sûreté et le bon fonctionnement des appareils se succédant en si grand nombre que notre Charrière en a décrit une soixantaine dans ses diverses notices.

Gerdy, étudiant sur lui-même les sensations que procure l'éther, les analysait avec sa finesse habituelle. Flourens et Longet établissaient que l'action des vapeurs éthérées s'exerce directement et primitivement sur le système nerveux, que l'animal perd d'abord l'intelligence, puis l'équilibre des mouvements, et que ces pertes entraînent bientôt celle de la vie. Divers expérimentateurs constataient les propriétés de l'éther mis en contact avec le cerveau et les nerfs, injecté dans les veines, déposé dans les mailles du tissu cellulaire ou conjonctif, mélangé au sang retiré par la saignée. D'autres cherchaient les effets de l'absorption gastrique, et Serres, Longet, Blandin reconnaissaient l'impossibilité d'obtenir ainsi l'anesthésie à moins d'employer des doses toxiques. Simonin (de Nancy), Marc-Dupuy, Pirogoff essayaient sans grands résultats l'injection rectale de l'éther pur ou mélangé d'eau pour produire l'anesthésie.

Bientôt les recherches s'adressèrent aux substances les plus rapprochées chimiquement de l'éther sulfurique; Flourens rendait compte à l'Institut des résultats obtenus

C'est deux mois après la disparition subite de ces accès périodiques d'asthme que débuta le prurit, d'abord léger, vespéral, sans crises, qui était localisé aux jambes et un peu aux bras; mais bientôt il s'étendit à tout le tronc, augmenta d'intensité et se traduisit surtout par des crises vespérales, de trente minutes de durée, quelques fois plus, jusqu'à une et deux heures, surtout par les temps humides. La crise vespérale débutait cinq minutes après le coucher, mais bientôt il se fit de nouvelles crises, le matin et dans la journée. Ce prurit énervait beaucoup la malade, qui était amaigrie. Elle calmait ses démangeaisons en faisant des frictions avec une serviette bien froide, et il n'y avait pas trace de lésions de la peau.

La seconde malade a 41 ans; elle a présenté les symptômes du rhumatisme vague, c'est une neurasthénique. Son prurit, généralisé comme celui de la précédente, était beaucoup moins violent, mais presque continu dans la journée, de sorte qu'il lui fallait se gratter presque à chaque instant, tantôt à une plaec, tantôt à une autre.

Ces deux malades viennent à Saint-Gervais depuis trois ans : la première éprouve une amélioration durable après chaque cure, et tout fait espérer la guérison; la seconde est guérie et ne vient plus que par précaution.

J'ai eu encore à traiter deux cas de prurit localisé à la face : l'un concerne une dame de 55 ans, rhumatisante, sujette à la gravelle, qui vit survenir le prurit de la face à la suite de grands chagrins. Je signale ces chagrins, causes fréquentes d'apparitions de maladies chez les sujets arthritiques, en ébranlant l'organisme et surtout le système nerveux.

Le prurit de cette dame était si fort que, pour le calmer, elle se frottait la figure avec une brosse, et, chose bizarre, il n'y avait pas de lésions de la peau, qui était seulement un peu hypertrophiée et brunâtre. Elle fit des pulvérisations avec nos appareils très forts, à grilles, prit des bains et de l'eau de Vichy. Elle partit guérie, mais je n'ai pas pu savoir si la guérison a été durable; je le crois, car les récidives sont rares quand la disparition est bien complète.

L'autre cas concerne un ecclésiastique de 50 ans, qui était atteint de

---

avec l'éther chlorhydrique (22 février 1847), L. Figuier communiquait à l'Académie des sciences de Montpellier les effets de l'éther acétique et Bouisson les vérifiait sur le malade; Chambert étudiait les autres corps du même groupe, et ces agents produisaient aussi l'anesthésie; mais l'éther sulfurique l'emportait sur tous à cause de son prix peu élevé, sa conservation plus facile. Ces recherches amenèrent bientôt un résultat important et imprévu : elles mirent en évidence un liquide volatil doué de propriétés encore plus énergiques, primant ainsi tous les autres.

* * *

Soubeiran père avait découvert, en 1831, un corps résultant de la distillation de l'alcool avec le chlorure de chaux et que Dumas avait appelé : chloroforme. Berzélius ne le mentionne pas dans son *Traité de chimie*. Natalis Guillot avait essayé ce chloroforme comme antispasmodique dans l'asthme, à l'intérieur, étendu de cent fois son poids d'eau distillée, mais il était à peu près inconnu de la plupart des médecins. Flourens fut conduit à l'expérimenter à cause de son analogie avec l'éther chlorhydrique; les effets qu'i obtint furent d'une rapidité ainsi que d'une énergie sans égales. Au bout de quelques minutes, les animaux furent « si complètement éthérisés qu'il fut possible de constater sur la moelle mise à nu la perte de son pouvoir excito-moteur ». (Académie des sciences, 22 février 1847.) L'énoncé n'était suivi d'aucune remarque; cette indication si précise passa inaperçue. La surprise fut extrême quand on apprit que J.-Y. Simpson

coliques hépatiques fréquentes; il vit survenir le prurit dans un moment d'accalmie des troubles du foie. Je n'ai pu le suivre mieux, car il est parti pour Royat huit jours après son arrivée en Savoie.

J'ai traité, en 1883, un cas de prurit des lèvres chez une jeune fille de 15 ans, dont la menstruation avait beaucoup de mal à s'établir; en outre, elle avait eu, dans son enfance, de l'eczéma capitis et des maux de gorge fréquents. Ce prurit était intermittent, plus fréquent et plus violent à l'époque où les règles devaient apparaître; il se produisait aussi par crises quand cette jeune fille buvait trop chaud ou trop froid, mangeait de la glace. La muqueuse rougissait sur toute son étendue, et la malade accusait des picotements très violents, avec une sensation très désagréable de resserrement, de constriction des lèvres; elle calmait ces symptômes en pressant assez fortement son mouchoir plié sur la bouche. Cette jeune fille fit de l'hydrothérapie pendant trois semaines, puis se reposa dix jours et reprit l'hydrothérapie pendant le même temps, elle prit de l'eau alcaline en boisson; la dysménorrhée disparut, et le prurit en même temps.

J'ai eu à traiter encore plusieurs cas de prurit vulvaire : deux cas étaient survenus au moment de la ménopause, chez deux femmes arthritiques, avec crises nocturnes très violentes; deux autres cas en rapport avec des troubles utérins, et un autre cas chez une femme qui avait une constipation très tenace, dont la disparition par le traitement thermal entraîna la guérison du prurit. M. Besnier m'a envoyé, en 1886, une malade rhumatisante, atteinte de prurit périnéal et vulvaire tellement irritable que les lotions d'eau naturelle et les bains de siège avec l'eau amidonnée l'exaspéraient; il y avait des crises nocturnes très violentes. Les lotions et les douches locales avec l'eau saline de nos sources furent bien supportées, la malade fut très améliorée, mais je n'ai pu savoir si cette grande amélioration s'est maintenue.

Ces cas sont souvent très tenaces et nécessitent un traitement thermal prolongé.

---

venait d'employer le chloroforme avec le plus grand succès. En observateur sévère, Simpson n'annonça le résultat favorable de la chloroformisation qu'après avoir réuni cinquante observations à l'appui, dans un mémoire lu, le 10 novembre 1847, devant la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg. Toute la presse scientifique répandit ce mémoire, et la sensation fut considérable; le nouvel agent fut interrogé, on put s'assurer que des gouttes de chloroforme versées sur un mouchoir amenaient rapidement l'anesthésie. L'éther fut délaissé.

L'enthousiasme du premier moment ne tarda pas à se refroidir, car un certain nombre de morts subites pendant la chloroformisation étaient survenues. On s'était abusé en regardant l'emploi des anesthésiques comme inoffensif; on y recourait pour les opérations les plus légères; les malades se faisaient un jeu de se laisser endormir. Quelques cas de mort par l'éther, restés dans le vague, la mort ayant été assez lente à se produire, n'avaient pas ébranlé la confiance; avec le chloroforme, il n'en fut pas ainsi. Flourens avait dit : « L'éther sulfurique est un agent merveilleux et terrible, le chloroforme est plus merveilleux et plus terrible encore; » il n'avait que trop raison. Au mois de mai 1848, une femme de 30 ans, forte et vigoureuse, chloroformée pour une opération légère, était comme foudroyée. Cette mort fit impression; l'autorité ministérielle consulta l'Académie de médecine, une commission fut nommée; Malgaigne, rapporteur, fit tous ses efforts pour absoudre le chloroforme. L'Académie sanctionna cette opinion bienveillante, rangeant toutefois le chloroforme parmi les poisons, mais affirmant qu'à l'aide de certaines précautions, on pouvait mettre les malades à l'abri du danger. Cette

J'ai vu des cas de prurit anal et vulvaire chez des femmes à antécédents goutteux, qui résistent moins au traitement.

Le prurit vulvaire, lorsqu'il est violent, produit, par suite du grattage, des hypertrophies locales avec pigmentation, de l'érythème, des excoriations, des fissures, et, dans certains cas, de l'eczéma.

Le prurit génital, périnéo-scrotal, existe aussi chez les sujets arthritiques goutteux ou rhumatisants, plus tenace chez ces derniers. Il est de même du prurit anal accompagné ou non d'hémorrhoïdes.

Le prurit scrotal existe souvent seul; la peau prend, sous l'action du grattage, une coloration brune caractéristique.

Je dois signaler aussi un cas de prurit simple des paupières supérieures; le grattage avait déterminé une telle hypertrophie de la peau que le malade ne pouvait qu'avec peine ouvrir les yeux. Nous devons dire, toutefois, que ce prurit avait coexisté avec des poussées d'urticaire œdémateuse sur le front et les paupières.

Enfin, je citerai encore deux cas de prurit d'hiver, *pruritus hiemalis*, prurit de Duhring : l'un des sujets atteints est âgé de 40 ans, c'est un rhumatisant névralgique, autrefois sujet aux bronchites. Le prurit est apparu il y a trois ans; il est localisé aux membres inférieurs, avec points d'intensité plus grande aux creux poplités et à la face interne des cuisses. La crise ne se produit que le soir, quelques minutes après le coucher, et dure de vingt minutes à une heure, plus longue et plus intense par les temps humides. Pas de lésions de la peau. Le prurit apparaît vers la fin d'octobre et cesse au printemps.

Il y a quelques démangeaisons dans la journée, mais plutôt lorsque le sujet est dans une chambre chaude qu'au dehors; l'exposition des jambes à un feu de cheminée, avant le coucher, augmente l'intensité de la crise.

Le second malade avait contracté son prurit, en même temps qu'un lumbago, en allant chasser au marais; son prurit avait les mêmes caractères.

Il y a encore des prurits qui se localisent sur des régions variées du

confiance ne dura pas. Malgré tous les soins apportés à l'emploi du chloroforme, la prudence avec laquelle on y avait recours, de nouveaux cas de mort eurent lieu, et la justice porta la question devant les tribunaux. Une réaction se manifesta en province; Sédillot en donna le signal à Strasbourg, Bouisson à Montpellier; Pétrequin et Diday, à Lyon, revinrent à l'éther. Les éclectiques employèrent l'un ou l'autre agent, suivant les sujets, l'âge, le sexe, la gravité, la durée des opérations. On mélangea l'éther et le chloroforme; la Société médicale de Londres adopta un composé de 3 parties d'éther, 2 de chloroforme et 1 partie d'alcool. Paul Bert préconisa les vapeurs titrées de chloroforme et d'air atmosphérique.

En 1853, la Société de chirurgie s'occupa de la question et, après un rapport de Robert sur un cas de mort arrivée à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, la discussion se prolongea jusqu'au commencement d'octobre. La majorité de la Société pensa que les cas de mort, regrettables mais clairsemés, ne suffisaient pas pour faire renoncer à un agent aussi précieux que le chloroforme. L'Académie de médecine a été de nouveau saisie plusieurs fois de ce grave problème depuis 1857, et récemment encore (16 juillet 1889), mon collègue et ami, M. le professeur Le Fort, recommandait un chlorure de méthylène qui paraît être composé, suivant M. Dastre, de 70 parties de chloroforme et de 30 parties d'alcool méthylique. Un grand nombre de sociétés savantes, la Société de chirurgie en particulier, ont fréquemment discuté sur les accidents causés par le chloroforme, et si, à l'étranger surtout, on est revenu à l'éther, à Paris on continue à se servir de l'agent merveilleux, mais terrible, si bien qualifié par Flourens.

tronc ou des membres, et qui s'y fixent sans se déplacer ni s'étendre. Je connais un homme qui a sur la fesse gauche une plaque prurigineuse, de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, qui le force à un grattage fréquent. On pourrait citer beaucoup de cas semblables. Je connais encore un homme qui a un prurit localisé au bout du nez.

La plupart de ces cas de prurit qui viennent d'être cités se sont présentés chez des sujets arthritiques; c'est surtout chez ces sujets qu'il prend de l'importance, devient une cause de troubles de l'organisme, d'insomnie, de nervosisme, et peut être le point de départ de déterminations eczémateuses, érythémateuses, par suite de sa persistance et du grattage.

Mais le prurit simple peut se produire encore sous l'influence d'autres causes : c'est ainsi qu'on le voit apparaître à l'occasion de la grossesse, de la constipation, de troubles dyspeptiques, de troubles de la menstruation, comme un phénomène pathogénétique ou réflexe. J'ai vu, dans le service de M. E. Besnier, à Saint-Louis, en 1886, un homme de 60 ans qui avait du suintement au scrotum avec prurit intense persistant depuis quinze ou seize ans. Il s'était développé consécutivement à un hydrocèle, ce qui est assez fréquent.

Le docteur Bangs (*The New-York med. Journ.*, 1887) a fait remarquer que le prurit anal est souvent sous la dépendance d'une irritation qui a son siège dans les organes génitaux, comme un rétrécissement de l'urèthre, un engorgement aigu ou chronique de la prostate. Il cite un cas dû à l'excitabilité de l'urèthre à la suite d'excès sexuels.

M. Brown Séquard a eu plusieurs fois l'occasion d'observer que l'usage du café donnait parfois lieu à un prurit des plus pénibles. Il a cité, à la Société de biologie, en 1886, l'exemple d'une dame qui, chaque fois qu'elle prenait du café pendant plusieurs jours, était atteinte d'un prurit vulvaire des plus intenses qui disparaissait dès qu'elle cessait le café. Il a cité encore un cas de prurit anal bien évidemment produit par le café; mais pour que le café ait pareille influence, il faut que le sujet soit prédisposé, soit un arthritique.

Il résulte de ces faits que, dans tous les cas de prurit, pour établir le traitement, il faut chercher les indications à la fois dans l'état général du sujet et dans la condition pathogénique supposée.

FORMULAIRE

LINIMENT CONTRE LES CREVASSES DU MAMELON. — Scarff.

Baume du Pérou	} àâ	2 grammes.
Teinture d'arnica		
Huiles d'amandes douces	30	—
Eau de chaux	15	—

Mêlez. — Onctions sur le mamelon crevassé, chaque fois que l'enfant a fini de téter.

N. G.

COURRIER

MUTATIONS DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE. — Par suite du passage de M. Duplay à la Pitié et de la création d'un nouveau service de maladies des voies urinaires à Necker, les mutations suivantes ont eu lieu dans les services de chirurgie :

M. Le Dentu passe de Saint-Louis à Beaujon, M. Marchand de Saint-Antoine à Saint-Louis, M. Blum de Tenon à Saint-Antoine, M. Reynier d'Ivry à Tenon, M. Horteloup de la Maison de santé à Necker, M. Segond de Bicêtre à la Maison de santé, M. Quénu du Bureau central à Bicêtre, M. Nélaton du Bureau central à Ivry.

— Conformément à l'avis exprimé par le Conseil général des Facultés, et en vertu du décret du 28 décembre 1885, la Faculté sera fermée du 30 mars au 13 avril. — Les cours, conférences et examens recommenceront le lundi 14 avril.

— Le nombre des étudiants en médecine de la Faculté de Paris, en cours d'études au 15 octobre 1889, était de 3,894. Ils étaient répartis, par années, de la manière suivante :

Première année, 1,067; deuxième année, 481; troisième année, 616; quatrième année, 317; cinquième année, 1,313.

Ces 3,894 étudiants comprennent 3,773 hommes et 121 femmes.

Sur ces 121 femmes, il y a 107 étrangères et 14 françaises.

Les 107 femmes étrangères appartiennent aux nationalités suivantes : Américaine, 1; Anglaise, 9; Autrichienne, 1; Grecque, 1; Russe, 93; Serbe, 1; Turque, 1.

Sur les 3,773 hommes, on compte 3,151 Français et 622 étrangers.

Donc, sur 3,894 étudiants en médecine, il y a 729 étrangers et étrangères et 3,165 Français et Françaises, c'est-à-dire près d'un sixième de l'effectif total.

— M. le docteur Jablonski, médecin adjoint du lycée de Poitiers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Robert, décédé.

M. le docteur Chrétien, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Poitiers, est nommé médecin adjoint du lycée de Poitiers, en remplacement de M. le docteur Jablonski, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Paris. — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront, sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux, le mardi 15 avril 1890, et se continueront les jeudis, samedis et mardis de chaque semaine, de une à trois heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de seconde année. (Les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux.) — MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 14 avril 1890, à quatre heures.

— Des conférences sur l' « histologie normale et pathologique » continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre à partir du 7 avril 1890.

— M. le docteur Dareste commencera ses cours d'embryogénie normale et tératologique le mardi 15 avril 1890, à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure à l'Ecole pratique, bâtiment du musée Dupuytren.

Prix Riberi (de 20,000 francs). — *Exemple de générosité.* — L'Académie royale de Turin vient de décerner pour la première fois le prix Riberi. Le sujet du cours était : « Anatomie et physiologie de l'embryon ». Au nombre des compétiteurs figuraient les professeurs Van Beneden (de Liège); Preyer (de Iéna), et His (de l'Université de Leipzig). C'est à l'unanimité que le prix a été décerné au professeur His. Dans une lettre de remerciements, l'honorable savant informe l'Académie qu'il abandonne le quart de la somme pour être remise à la disposition de deux jeunes médecins italiens désireux de continuer leurs études scientifiques. Voici, d'après l'*Osservatore,* comment s'exprime le

généreux donateur : « L'Académie voudra bien m'accorder la faveur que je viens lui demander. Je compte employer une partie du prix, savoir la somme de 5,000 francs à l'encouragement des études, qui forme la base de la science médicale. Il me semble qu'un moyen d'atteindre ce but serait de partager ladite somme entre deux jeunes médecins italiens (en premier lieu élèves de votre Université) entrant dans la carrière médicale scientifique, et désireux de travailler pendant un certain temps dans les laboratoires d'anatomie, de physiologie, d'histologie ou d'embryologie. » Cette lettre est à la louange du professeur His. (*Echo médical de Toulouse.*)

Un argument contre la taxe des chiens. — A Itzchoe, dans la province de Schleswig-Holstein, la municipalité vient d'exempter de la taxe les chiens qui, couchant dans les lits de leurs maîtres ou maîtresses, servent à les préserver de la goutte, des rhumatismes et d'autres douleurs.

Cette pratique s'autorise de Boërhaave qui, dans l'inflammation des intestins, conseillait l'application de fomentations émollientes et surtout des animaux jeunes, vivants et sains.

Les femmes médecins. — La Chambre des représentants en Belgique vient de consacrer par un vote le droit pour les femmes d'exercer la médecine et la pharmacie d'une façon générale et sans distinguer, comme le faisait la loi de 1876, entre les diverses branches de l'art de guérir.

Nécrologie. — La mort du professeur Trélat, survenue brusquement en quelques jours, est un malheur trop cruel pour que nous lui consacrions seulement quelques lignes. Nous reviendrons bientôt sur ce triste évènement, qui laisse de profonds regrets à tous ceux qui ont approché ce maître à l'esprit si original, au caractère si bienveillant.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

A l'occasion des cérémonies de la Semaine Sainte, du 30 mars au 5 avril, et de la Foire et des Fêtes qui auront lieu à Séville, du 18 au 22 avril, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie du midi de la France et les Compagnies espagnoles, délivrera du 25 mars au 15 avril inclus, au départ de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Séville au prix réduit et uniforme de 250 francs, par place, avec faculté d'arrêt à divers points du parcours.

Ces billets seront valables jusqu'au 5 mai inclusivement et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe sud-express jusqu'à Madrid, à la condition de payer en outre du prix ci-dessus le supplément complet, c'est-à-dire 50 p. 100 du prix des billets à plein tarif.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le diagnostic moderne des maladies de l'estomac.

Pour faire actuellement le diagnostic complet des maladies de l'estomac, il faut ajouter aux anciens modes d'exploration, fort restreints du reste, l'examen de la motilité, celui de la sécrétion et enfin celui de la résorption. Nous avons déjà eu occasion de parler ici-même de l'examen clinique du suc gastrique; mais depuis la publication de notre revue, un grand nombre de travaux ont paru, les méthodes ont été revisées, de nouvelles ont été préconisées, et nos premières conclusions doivent être modifiées sur plusieurs points. Parmi les travaux les plus récents, nous signalerons surtout entre beaucoup d'autres :

En Allemagne, les publications d'Ewald, Lenhartz, Jaworski, Kast, Boas, Rosenbach, etc. ; en France, celles de MM. Dujardin-Beaumetz, G. Sée, Mathieu, et les thèses de MM. Georges et Lyon sur lesquelles nous nous appuierons surtout pour rédiger cette revue. Dans ce premier article, nous exposerons les méthodes actuellement reconnues pour les meilleures ; dans un second, nous résumerons les résultats obtenus par leur emploi dans les maladies de l'estomac ou dans celles qui s'accompagnent de troubles du côté de cet organe.

I

Pour reconnaître l'insuffisance motrice de l'estomac, le procédé à peu près le seul employé est celui d'Ewald et Sievers. Il consiste à administrer au malade du salol qui ne se dédouble que dans l'intestin grêle. Là, il donne naissance à de l'acide phénique qui passe dans l'urine sous forme de phénylsulfate de soude et à de l'acide salicylique que l'on y rencontre à l'état d'acide salicylurique. Cet acide se reconnaît par la réaction du perchlorure de fer.

Chez les gens bien portants, la réaction caractéristique apparaît entre une demi-heure et une heure ; chez ceux dont l'estomac est dilaté, le retard est plus ou moins considérable et peut atteindre deux à trois heures.

Les objections au procédé d'Ewald n'ont pas manqué. Pour Brunner, l'acide salicylurique ne passe parfois dans l'urine que longtemps après le temps indiqué sans que l'on puisse trouver le moindre signe d'une maladie de l'estomac. Chez le même individu, le passage de l'acide dans l'urine se fait après un temps très variable; enfin, il peut apparaître après cinquante ou soixante minutes chez des dilatés. Bourget a pu faire varier le moment de l'apparition de l'acide dans l'urine, en changeant l'alimentation ; cette apparition retarde si les aliments ont pour effet de faire déverser dans l'intestin grêle par l'estomac un liquide très acide ; elle avance dans le cas

contraire. Pour Huber, il faut s'occuper non des moments d'apparition de l'acide salicylurique, mais de la durée de son élimination. Cette élimination cesserait au bout de vingt-six heures chez les individus bien portants, tandis qu'elle se prolongerait quelques heures de plus lors de dilatation de l'estomac.

Klemperer a proposé le procédé suivant pour apprécier l'état de la contractilité stomacale. Par une sonde œsophagienne il introduit 100 gram. d huile dans l'estomac. Au bout de deux heures, il aspire, à l'aide de la sonde, le contenu stomacal, en injectant à plusieurs reprises 200 à 300 gram. d'eau qui sont bientôt aspirés. L'huile est ensuite reprise par l'éther et pesée. On constate ainsi quelle est la quantité d'huile qui, en deux heures, a passé dans l'intestin. A l'état normal, la quantité d'huile qui passe dans l'intestin est de 70 à 80 gram. Cette quantité s'abaisse beaucoup dans le cas de dilatation. Boas a fait remarquer qu'il y a de grandes différences physiologiques entre la quantité d'huile ingérée et celle que l'on retire de l'estomac, et Brunner que l'estomac ne réagit d'une façon normale que sous l'influence de ses excitants habituels.

En somme, le mieux est de s'en tenir à la méthode de Leube. Sept heures après un repas normal, l'estomac doit être libre si ses fonctions motrices s'exercent convenablement. Il faut deux heures chez les nourrissons, après un repas de lait (Leo).

II

Avant d'examiner chimiquement le contenu de l'estomac, on fait prendre au malade un repas d'épreuve.

Un grand nombre de repas d'épreuve ont été recommandés, deux seulement sont à conserver : ceux d'Ewald et du professeur G. Sée.

Ewald donne au malade, qui doit n'avoir rien pris depuis huit heures, une demi-bouteille de café non sucré et deux petits pains blancs. Le professeur G. Sée (Th. de Lyon) s'est arrêté au choix d'un repas composé de 60 à 80 grammes de viande, 100 à 150 grammes de pain blanc et un verre d'eau; il faut que la viande soit hachée finement, débarrassée de toutes les parties tendineuses et bien mâchée.

Georges ajoute, dans certains cas, au repas d'Ewald deux œufs à la coque. Dans ce cas, une grande partie de l'acide chlorhydrique se combine aux albuminoïdes et, une heure après l'administration des aliments, il n'y a d'acide libre qu'en cas d'hyperacidité.

Le repas d'Ewald semble le meilleur, bien qu'il retienne encore une petite quantité d'acide chlorhydrique (Georges).

En général, il faudrait pouvoir examiner successivement, en faisant plusieurs séries d'analyses, l'état du suc gastrique une heure, deux heures ou trois heures après le repas. Mais ce désideratum n'est pas toujours réalisable et il faut, en moyenne, attendre au moins deux heures.

L'extraction du contenu de l'estomac sera pratiquée avec le tube de Faucher, que l'on ajustera à l'appareil aspirateur de Potain. Il ne faut faire le vide que très lentement, ne pas le pousser à fond et attendre que l'introduction de la sonde soit complète pour commencer l'aspiration. On n'observe généralement pas d'accidents par l'emploi de l'aspiration; cependant, il faudra toujours procéder avec prudence quand des hémorrhagies sont à redouter.

La quantité de suc gastrique retiré sera, en général, suffisante, quand on aura obtenu 20 à 25 c. c.

Quelquefois, la sonde une fois introduite et l'aspiration faite, il ne sort rien de l'estomac. Cela peut tenir soit à l'obstruction de l'œil de la sonde par un débris alimentaire, soit à une dilatation considérable qui empêche le tube d'arriver à la surface du contenu gastrique. Il suffit, dans ce dernier cas, d'employer un plus long tube.

Le liquide une fois retiré, on le filtre et on note sa coloration et son odeur.

Il faut déterminer chimiquement l'acide chlorhydrique et les acides organiques. Il est inutile de s'occuper de la pepsine et du ferment lab.

Parmi le grand nombre de réactifs qui ont été proposés pour la recherche de l'acide chlorhydrique, nous ne nous occuperons que de ceux dont l'emploi est actuellement reconnu utile, négligeant ceux dont les recherches récentes ont démontré l'inexactitude ou les difficultés d'emploi.

a) *Papier du Congo.* — Il bleuit en présence des acides minéraux en solution étendue et des acides organiques en solution concentrée.

Pour Georges, « le papier du Congo est un bon réactif des acides en général; il peut même être employé comme réactif de l'acide chlorhydrique ». Boas a reconnu qu'une solution d'acide lactique provoquait un bleuissement aussi vif qu'une solution moitié moins forte d'acide chlorhydrique. Quand il y a beaucoup d'acides organiques, le papier tourne au noir.

b) *Vert brillant.* — Ce réactif a été expérimenté par Lépine. Il faut l'employer en solution à 2 p. 100 dont la couleur est bleu verdâtre. D'après Raoult, une solution d'acide chlorhydrique à 1 p. 1,000 produit une coloration verte, une solution à 1,5 p. 1,000, une coloration jaune verdâtre; enfin, à 4 p. 1,000 on a une teinte feuille morte. Les solutions de vert brillant s'affaiblissent spontanément. Georges regarde le vert brillant comme supérieur au *violet de méthyle,* un des plus anciens réactifs employés, parce que les nuances sont plus facilement appréciables. Pour lui, l'acide lactique au 1/10 et l'acide tartrique à 20 p. 1,000 ont à peu près le même effet sur le vert brillant que l'acide chlorhydrique à 2 p. 1,000. Les peptones et la pepsine masquent plus ou moins la réaction comme pour le violet de méthyle. Or, d'après Cahn et Mehring, il suffit de 4 p. 100 de peptones pour empêcher 1 p. 1,000 d'acide chlorhydrique de se révéler par le violet. Les albuminates, les phosphates alcalins et terreux agissent de même (Lyon). Enfin, le violet de méthyle a encore comme inconvénient son peu de sensibilité relative; il faut au moins 0,5 p. 1,000 d'acide chlorhydrique pour faire virer la solution au bleu d'une façon appréciable.

c) *Tropœoline 00.* — Correspond, en France, à l'orangé Poirrier n° 4. La solution saturée aqueuse est jaune rougeâtre. Pour obtenir nettement la réaction de la tropœoline, Georges conseille le procédé suivant : « Il consiste à verser au centre d'un godet de porcelaine quelques gouttes du liquide gastrique à examiner; au moyen d'un compte-goutte, on laisse tomber deux à trois gouttes de la solution de tropœoline sur ce liquide gastrique. Une goutte de tropœoline est déposée en même temps sur le bord du godet et sert, comme type de coloration, à apprécier les variations subies par la tropœoline mise en présence du suc gastrique. »

Les solutions de tropœoline seraient très sensibles et pourraient faire

reconnaître 0,1 p. 1,000 d'acide chlorhydrique (Lyon) en prenant une coloration lilas foncé. Les acides organiques influencent aussi la tropœoline, mais d'une façon beaucoup moins nette. L'acide lactique à 1/10 produit une légère coloration lilas qui disparaît à l'air. Pour Lyon, la coloration due aux acides organiques disparaît aussi quand on traite le mélange par l'éther. Les peptones masquent moins la réaction qu'avec le réactif de Gunzburg. Georges est très partisan de la tropœoline et lui accorde la même valeur qu'aux réactifs de Boas et de Gunzburg.

d) *Réactif de Gunzburg.* — C'est actuellement un des plus employés. On le prépare selon la formule suivante :

Phloroglucine	2 grammes.
Vanilline	1 gramme.
Alcool à 80°	100 grammes.
Ou alcool absolu	30 —

La solution ci-dessus, qui est jaune rougeâtre, devient d'un beau rouge cinabre en présence de l'acide chlorhydrique et sous l'influence de la chaleur.

Pour l'emploi, on mélange dans une capsule de porcelaine dix gouttes du contenu stomacal et trois à quatre gouttes du réactif, puis on évapore *lentement;* la coloration caractéristique se développe à la périphérie du liquide.

Georges a minutieusement étudié les conditions dans lesquelles il faut se placer pour que la réaction ait son maximum de sensibilité. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La réaction de Gunzburg ne s'obtient avec les liquides renfermant de l'acide chlorhydrique en différentes proportions qu'à la condition d'une évaporation très lente;

2° La température la plus favorable pour cette évaporation est celle de 38 à 40°; elle donne la coloration rouge de la manière la plus persistante; cette température s'obtient le plus facilement en se servant de la flamme d'un bec Bunsen ordinaire; on place les liquides à évaporer à 25 cent. environ au-dessus de cette flamme en la tamisant à l'aide de deux toiles métalliques. Dans ces conditions, la réaction met, en moyenne, dix minutes à se produire.

Quand on opère sur des produits purs, le réactif de Gunzburg est plus sensible que tous les autres, car il peut déceler 1/20 p. 1,000 d'acide chlorhydrique. Mais il perd de cette sensibilité avec le contenu stomacal par suite de la présence des albuminoïdes et des peptones. Georges le considère comme l'égal du vert brillant.

L'acide chlorhydrique fixé sur l'albumine ne donne plus la coloration type. Aussi, pour être sûr de l'absence de l'acide *pendant toute la durée* du séjour du repas d'épreuve dans l'estomac, Bourget traite d'abord une partie du liquide retiré par quelques gouttes d'une solution d'acide picrique à 1 p. 100; en cas de présence des peptones, il se produit un précipité plus ou moins volumineux qui doit se redissoudre complètement en chauffant ou en ajoutant deux à trois gouttes d'acide nitrique. Cela indique qu'il y a eu ou qu'il y a de l'acide chlorhydrique libre dans le ventricule, car cet acide seul peut donner des peptones vraies. L'acide picrique précipite aussi les albuminoïdes en dissolution autres que les peptones, mais ce précipité

ne se dissout ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; au contraire, il se coagule davantage.

Le réactif de Boas, dont la base est la résorcine, est moins sensible que celui de Gunzburg.

La *recherche de l'acide lactique* est facile à l'aide du réactif d'Uffelmann. On se sert habituellement de la formule d'Ewald :

Acide phénique pur, hydraté au 10e.........	3 grammes.
Perchlorure de fer de densité 1,20..........	3 —
Eau distillée..............................	20 c. c.

Georges, avec Catrin et Bourget, recommande simplement la solution suivante :

Eau distillée...........................	10 c. c.
Perchlorure de fer......................	6 à 8 gouttes.

de façon à donner à l'eau une teinte jaunâtre. Avec l'acide lactique et les lactates *purs*, on a une coloration jaune d'or; dans les liquides gastriques, il y a souvent simplement une teinte gris cendré ou gris brun. Le sucre, les phosphates produisent une coloration jaune paille différente de celle jaune d'or produite par l'acide lactique (Lyon); de plus, l'acide chlorhydrique en grande quantité décolore le réactif et il faut alors extraire l'acide lactique par l'éther.

Il y a un point très important sur lequel un grand nombre d'auteurs ont déjà attiré l'attention, c'est la combinaison de l'acide chlorhydrique avec les matières albuminoïdes. Voici, à ce sujet, ce que dit Mathieu avec beaucoup d'autres : « Lorsque le contenu de l'estomac renferme des peptones en quantité notable et qu'il donne en même temps la réaction de l'acide chlorhydrique, on doit penser que l'acide que l'on peut déceler de cette façon n'est qu'une partie de l'acide qui existe réellement. Si même les réactions colorées sont négatives, mais que la réaction du biuret soit très nette, il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence de l'acide chlorhydrique; il importe alors de pratiquer une extraction nouvelle du suc gastrique une ou deux heures plus tard, afin de rechercher si, cette fois, il n'existe pas d'acide chlorhydrique libre. Il ne faut pas non plus trop se hâter de conclure d'un seul examen négatif, et il faut varier les conditions d'examen au point de vue de la nature du repas d'épreuve et de l'époque à laquelle est pratiquée l'extraction du contenu gastrique. Souvent, chez les hyperchlorhydriques, au début de la digestion d'un repas où entrent des matières albuminoïdes, il se produit des combinaisons avec l'acide chlorhydrique et les réactifs colorants ne peuvent plus déceler ce dernier. D'autre part, le repas d'Ewald est celui qui exposera à cette cause d'erreur.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que, dans la recherche qualitative de l'acide chlorhydrique, il faut toujours user de plusieurs réactifs et comparer, par exemple, l'action du rouge du Congo, de la tropœoline et du réactif du Gunzburg. Georges conseille d'employer d'abord à froid le vert brillant et de le contrôler par le papier du Congo ou l'orangé Poirrier; si ces derniers donnent un résultat douteux, on a recours au réactif de Gunzburg, qui exige l'emploi de la chaleur.

Voulant rester exclusivement sur le terrain de la clinique, nous n'indiquerons pas les procédés d'analyse quantitative ni ceux employés pour

faire les digestions artificielles (1), il faut des appareils spéciaux et la pratique du laboratoire. De plus, quand on aura l'habitude de se servir des réactifs colorants, on apprendra peu à peu à apprécier d'une façon suffisante la quantité d'acide chlorhydrique d'après les différents degrés de coloration, d'après le plus ou moins d'action du réactif d'Uffelmann. En général, s'il y a beaucoup d'acide lactique, il y a peu d'acide chlorhydrique, et on peut admettre alors qu'il existe en quantité inférieure à la normale.

Nous n'insisterons pas non plus sur les recherches relatives au pouvoir d'absorption de l'estomac, que Penzoldt et Faber ont cherché à déterminer en faisant absorber de l'iodure de potassium et en examinant au bout de combien de temps la présence de l'iode peut être décelée dans la salive. Comme le fait remarquer Lyon, il est impossible de comparer l'absorption d'un sel à l'absorption des peptones.

Nous terminerons par un mot sur le procédé de Gunzburg pour apprécier le pouvoir chimique de l'estomac. Il donne aux malades des pastilles contenant 0,20 à 0,30 d'iodure; ces pastilles sont renfermées dans un tube de caoutchouc à parois très minces dont chaque bout est affronté et suturé par trois fils de fibrine durcis dans l'alcool. On conserve les tubes dans la glycérine, puis, pour s'en servir, on les renferme dans des capsules de gélatine après les avoir séchés. Pour procéder à l'examen, on donne au malade un œuf et un verre d'eau, puis, une heure après, une capsule d'iodure. Tous les quarts d'heure, le patient rend un peu de salive dans laquelle on recherche l'iode par l'amidon. La capsule de gélatine se dissocie toujours à peu près dans le même temps (un quart d'heure), mais les fils de fibrine se gonflent et se rompent plus ou moins vite, selon la quantité de l'acide chlorhydrique et, par conséquent, l'iodure est absorbé plus ou moins tôt. A l'état normal, il faut une heure pour le gonflement de la fibrine. En France, Marfan a expérimenté ce procédé avec succès.

(A suivre.) Paul Chéron.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'ozène.

Le traitement de l'ozène est souvent l'un des plus difficiles pour le praticien. Aussi pensons-nous qu'il y a intérêt à faire connaître la pratique employée par le docteur Moure (de Bordeaux).

Le lavage du nez par le syphon est très important. Il faut que le malade dirige le jet en arrière, vers le pharynx. On fait deux injections successivement. Pour la première, on emploie au moins un litre d'eau additionnée d'un alcalin (borax, chlorate de potasse, bi-carbonate de soude, une cuillerée à bouche par litre d'eau tiède) ou d'une à trois cuillerées à bouche par litre, d'eaux mères de Salies-de-Béarn. Pour la seconde, on se sert d'un liquide antiseptique que l'on change de temps en temps. Au début, on se servira d'une solution phéniquée.

Acide phénique	20	grammes.
Glycérine pure	100	—
Alcool à 90°	50	—
Eau	350	—

(1) Nous nous permettrons de renvoyer le lecteur désireux de plus de détails à une Revue que nous venons de publier sur ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*, nos 8 et suivants.

Une cuillerée à bouche par demi-litre d'eau tiède.

Sous l'influence de l'acide phénique, l'odeur disparaît habituellement en huit ou quinze jours. On le remplace alors par le chloral, la résorcine, l'acide salicylique, le salicylate de soude. On peut aussi employer la créoline, mais il faut se servir d'une solution diluée, car elle est très caustique.

Créoline	1 gramme.
Alcool pur	120 grammes.

Une cuillerée à café par litre d'eau tiède.

Enfin M. Moure, dans les cas tenaces, termine par une pulvérisation qui pénètre très facilement dans toute l'étendue des cavités et que l'on peut faire à l'aide du pulvérisateur à boule. Au début, on se sert de liquides antiseptiques.

Acide phénique	2 grammes.
Résorcine cristallisée	3 —
Glycérine	50 —
Eau	300 —

Après quelque temps, on emploie des solutions plus astringentes : acide borique, alun, tannin. Si la muqueuse est très sèche à sa partie postérieure, on se sert du liquide suivant :

Salol	5 grammes.
Huile de vaseline	150 —

On peut aussi employer les humages, pendant une ou deux minutes, après les irrigations, de solutions composées dont voici un exemple :

Camphre	8 grammes.
Teinture d'iode	10 —
Iodure de potassium	2 —
Goudron	12 —
Alcool à 50°	100 —
Eau	250 —

Il faut faire deux douches nasales, suivies de pulvérisations, deux fois par jour, le matin et le soir, et quelquefois trois fois par jour dans les cas rebelles. La médication doit être poursuivie avec une grande régularité pendant plusieurs années.

Voici des formules préconisées par Gomez de la Mata. Après avoir employé des douches nasales tièdes avec la solution de sublimé à 1/6000, il leur substitue le mélange suivant :

Hydrate de chloral	10 grammes.
Carbonate de soude } àâ	8 —
Borate de soude }	
Eau	2000 —

Pendant la nuit, le malade garde dans le nez des bougies couvertes de la pommade suivante :

Huile de cade	1 gramme.
Iodoforme	4 grammes.
Vaseline	10 —

Gh. Ferrari ne connaît qu'un traitement radical : le galvano-cautère. Comme moyen moins énergique, il conseille l'emploi de la créosote, avec laquelle on cautérisera les points atteints de l'affection, s'ils sont limités; la douleur étant assez vive, on la combattra par la cocaïne. Si la plus grande partie de la muqueuse est malade, on fera des badigeonnages avec un mélange à parties égales de créosote et de glycérine. Chez les enfants, la formule suivante sera utile :

Créosote	5 grammes.
Alcool	25 —
Glycérine	50 —

BIBLIOTHÈQUE

Le sommeil provoqué et les états analogues, par le docteur A.-A. Liébault. Paris, O. Doin, 1889.

L'auteur publie de nouveau un livre paru pour la première fois en 1866 et qui, à cette époque, n'avait guère été remarqué, car il s'éloignait alors beaucoup de la science officielle. Maintenant la science officielle a changé et l'ouvrage de M. Liébault sera lu de beaucoup de ceux qui, il y a quelques années, auraient refusé d'en tenir compte.

L'auteur, ainsi qu'il le dit dans sa préface, a étudié le sommeil près des dormeurs artificiels. Il a été conduit ensuite à parler de l'influence de l'esprit sur le corps pendant la veille et surtout pendant les états hypnotiques, et enfin il s'est largement étendu sur la suggestion verbale et ses applications à la thérapeutique.

Parmi les chapitres les plus intéressants nous citerons ceux qui sont consacrés à l'explication, à l'aide de l'hypnotisme, des tables tournantes, du spiritisme, des possessions, des apparitions et autres hallucinations.

M. Liébault est un convaincu; nous souhaitons qu'il parvienne à faire passer ses convictions dans l'esprit de nos lecteurs. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Curettage de l'utérus. — Extirpation du larynx.

M. Tillaux présente des observations envoyées par M. Phocas. Il s'agit de pieds-bots paralytiques et d'un cas de torticolis musculaire.

— M. Monod montre des photographies envoyées par Alberti (de Vienne), représentant des lésions d'actinomycose.

— La discussion sur le traitement des endométrites continue par une communication de M. Reynier. Le curettage ne mettant pas à l'abri constamment des récidives, il a expérimenté le procédé de M. Polaillon par les flèches de chlorure de zinc. Sur 15 cas succédant à la puerpéralité, il n'a eu que 6 guérisons persistant encore après six mois. Dans un cas, la métrite s'accompagnait de salpingite non suppurée qui a été améliorée.

Il y a quelquefois des accidents assez sérieux. Dans 6 cas, les douleurs ont persisté pendant plus d'un jour et ont été très vives. Dans un cas, il y a eu une syncope. Dans deux, des crises hystériques. La chute de l'eschare s'accompagne d'un mouvement fébrile. M. Reynier insiste surtout sur le rétrécissement consécutif de l'orifice interne du col; il a dû plusieurs fois, au moment des règles, assurer l'évacuation de ces dernières à l'aide des bougies d'Hégar.

Le curettage permettrait d'éviter ces atrésies. Quand on l'emploie, pour ne pas avoir de récidives, il faut faire des cautérisations au chlorure de zinc ou à la créosote.

M. Polaillon fait remarquer qu'il ne faut pas assimiler les cautérisations avec les flèches à l'attouchement de la cavité avec un pinceau chargé de substance caustique. L'atrésie se produit avec toutes les cautérisations trop énergiques, et, pour l'éviter, il faut calculer soigneusement les dimensions de la flèche, qui doit avoir de 2 millimètres 1/2 à 5 millimètres de diamètre. Le rétrécissement se voit aussi après le curage de l'utérus.

Le tampon avec lequel on applique le caustique liquide agit trop puissamment sur la muqueuse du col. D'autre part, il n'atteint pas assez celle du corps et le résultat se trouve inefficace.

La flèche de chlorure de zinc agit exclusivement sur les tissus malades; ce n'est pas

un procédé aveugle, et son emploi est moins dangereux que celui du chlorure de zinc concentré; l'introduction est généralement facile. Il faut bien savoir, par contre, les conditions dans lesquelles on doit l'appliquer et fixer le degré de causticité d'après ces conditions.

Il est possible que la cautérisation avec la flèche ne soit pas un procédé chirurgical; mais, en tout cas, le curage l'est trop. Bien souvent la curette mousse est insuffisante, tandis que la curette tranchante va souvent trop loin, et que son emploi exige d'abord l'anesthésie et la dilatation utérine. De plus l'hémorrhagie est souvent considérable. Les récidives se produisent après tous les procédés employés pour le traitement de la métrite.

Pour M. Polaillon, les douleurs sont modérées dans la grande majorité des cas après l'application des flèches. Lorsqu'elles prennent une intensité trop grande, il suffit, pour y remédier, de faire une injection de morphine. La cautérisation n'est pas suivie de fièvre; l'atrésie qu'elle entraîne quelquefois diminue souvent peu à peu d'elle-même.

M. Bouilly fait remarquer qu'une thèse récente contredit les résultats que vient d'annoncer M. Polaillon. Sur 30 cas de cautérisation de l'utérus, l'auteur a noté, dans 21, une atrésie consécutive considérable, de telle sorte que le sang des règles ne pouvait s'évacuer, et que l'hystérométrie était impraticable; les 9 autres malades n'ont pas été suivies.

M. Polaillon répond que les cautérisations ont été trop fortes dans ces cas, et que cela ne doit pas suffire pour faire rejeter la méthode.

M. Périer, à propos de l'observation d'extirpation du larynx sans trachéotomie qu'il a pratiquée dans la dernière séance, tient à dire qu'il n'est pas le premier qui ait opéré de cette façon. M. Schwartz lui a fait connaître quatre faits publiés par Billroth, Waldrün, Novaro et Lioyd. Les malades étaient âgés d'à peu près 50 ans et souffraient de leur cancer depuis plusieurs années.

Dans deux cas, on n'a pas pratiqué la trachéotomie par suite de la présence d'un goître. La suture de la trachée à la peau n'entraîne pas forcément l'œdème des lèvres de la plaie avec menace consécutive d'asphyxie. Des opérés dont il a été question plus haut, l'un, celui de Billroth, qui avait un goître, mourut de broncho-pneumonie; une deuxième malade mourut de collapsus; un troisième succomba le sixième jour; un seul survécut assez de temps pour que l'opération lui ait été profitable.

M. Périer, s'il avait de nouveau à enlever un cancer du larynx, ferait son opération d'une manière identique.

M. Schwartz rapporte deux autres observations d'extirpation du larynx sans trachéotomie. L'une est due à M. Dupont (de Lausanne) qui opéra comme M. Périer; la guérison se maintenait encore un an après l'opération. L'autre cas est dû à M. Agnew, qui fit en même temps la résection de 6 centimètres d'œsophage. Le malade mourut subitement quatre jours après l'intervention.

M. Schwartz pense que, bien que la laryngectomie totale, sans trachéotomie préalable, soit une bonne opération, elle n'est pas toujours applicable et comporte des indications spéciales. Il est nécessaire que le larynx ne soit pas entièrement pris et qu'il n'y ait pas d'adhèrences l'unissant aux organes voisins; le pharynx et l'œsophage doivent être intacts.

Bien souvent, il est difficile de savoir exactement quelle est l'étendue du larynx envahie par le cancer, et la plus longue survie ne s'obverve que quand il n'y a pas de propagation de voisinage. Pour en être sûr, il faut bien souvent faire la trachéotomie préliminaire et, quinze jours après, sectionner le cartilage thyroïde, puis, pénétrant dans le larynx, se décider pour une intervention partielle ou totale.

Ces deux sortes d'extirpation ont, en effet, des résultats très différents. Quand la tumeur maligne, ce qui se voit fréquemment, n'occupe qu'une moitié de l'organe, si de plus elle rentre dans les cancers durs et cornés, il faut enlever seulement la moitié du larynx, et l'on obtient ainsi d'assez bons résultats. M. Schwartz a réuni 24 cas d'extirpation partielle, sur lesquels il y a 16 guérisons et 8 morts. Soit une mortalité de 33 pour

cent environ; dans les extirpations partielles, la mortalité s'élève à 42 pour cent. Une moitié de larynx fonctionne mieux qu'un larynx artificiel et donne de meilleurs résultats phonétiques; enfin les récidives ont une égale fréquence dans les deux opérations. M. Schwartz conclut de ses observations que l'extirpation partielle est préférable à l'extirpation totale.

M. Chauvel a fait deux fois la thyrotomie pour pouvoir explorer le larynx. Il s'agissait de cas de tuberculose. Malgré cette opération, il a eu beaucoup de difficulté à apercevoir les lésions intralaryngées.

Pour M. Schwartz, lorsque l'on fend suffisamment le cartilage thyroïde sur la ligne médiane, on explore facilement l'intérieur du larynx. C'est aussi l'avis de M. Polaillon, qui a eu recours à cette pratique dans un cas de rétrécissement du larynx. Il a fait la suture des deux moitiés du cartilage et la réunion s'est faite par première intention; il est vrai qu'il s'agissait d'un homme très jeune.

M. Périer fait remarquer que, chez son malade, la tumeur allait jusque la partie médiane et que, en n'enlevant que la moitié du larynx, on risquerait de laisser des tissus suspects.

C'est par nécessité que M. Terrier a dû ne pas faire la trachéotomie préalable; il y avait une ancienne trachéotomie dont l'ouverture gênait l'opération. Il faut autant que possible ne pas se servir de la canule-tampon de Trendelenburg; elle est difficile à nettoyer et peut être cause de septicémie.

— M. Schmit fait une communication sur un cas de *carcinome de l'amygdale* ayant entraîné la mort subite. Le malade était âgé de 72 ans, lorsque la tumeur débuta; elle atteignit rapidement la grosseur d'un œuf de pigeon et s'accompagna de douleurs assez vives, d'hémorrhagies, de fétidité de l'haleine, etc.; la cachexie survint rapidement. Bientôt il survint des symptômes de compression des vaisseaux et des nerfs du cou entraînant des vertiges, de la somnolence, etc. Enfin la mort arriva subitement. Cette terminaison n'a été vue que deux fois et peut être rattachée soit à une anémie du bulbe, soit à l'arrivée dans le larynx d'un morceau de la tumeur détaché par les efforts de toux.

FORMULAIRE

Pommade antinévralgique.

Menthol	0 gr. 72 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 24 —
Hydrate de chloral	0 gr. 12 —
Vaseline	4 gr. 50 —

Mêlez. — On applique une petite quantité de cette pommade sur la région douloureuse, et on la recouvre d'une mousseline. Elle est conseillée dans le cas de douleurs périorbitaires et dans l'hémicranie ophtalmique. — N. G.

COURRIER

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — M. le président Roger vient d'adresser aux présidents des Sociétés locales la lettre suivante :

Paris, le 10 février 1880

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que l'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 13

et 14 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria...

Nota. — MM. les membres du conseil général de l'Association et de la commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 13 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione.

MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, le dimanche 13 et le lundi 14 avril, à une heure.

Afin d'accélérer, autant que possible, la publication de l'Annuaire du présent exercice, MM. les présidents et secrétaires des Sociétés locales sont instamment priés de vouloir bien, s'ils ne l'ont déjà fait, adresser dans le plus bref délai possible à M. le docteur Blache, secrétaire, 5, rue de Suresnes, les formules et les listes qui leur ont été envoyées à remplir et à mettre au courant.

MM. les présidents ssnt, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des Annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

Trente et unième assemblée générale.

Ordre du jour de la séance du dimanche 13 avril 1890. — La séance est ouverte a deux heures.

1° Allocution du président ;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ;

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Passant, membre du conseil général ;

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1889, par M. A Riant, secrétaire général ;

5° Election d'un vice-président en remplacement de M. le docteur Ricord, décédé ;

6° Présentation de candidats pour le conseil général de l'Association, — et renouvellement partiel du conseil général :

Membres du conseil à renouveler : MM. Thomas, Hugot, Boutin, Marjolin, Horteloup, Vidal, arrivés au terme de leur exercice (Les membres du conseil sont rééligibles) ;

7° Première partie du rapport de M. Richelot, sur les pensions viagères à accorder en 1890.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental.)

Ordre du jour de la séance du lundi 14 avril 1890. — La séance sera ouverte à deux heures.

1re *Partie.* — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ;

3° Vote des conclusions du rapport de M. Richelot sur les pensions viagères.

4° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1891.

2e *Partie.* — 1° Rapport de M. Lereboullet sur le vœu de la Société de la Gironde (Assurance contre la maladie) et le vœu de la Société de l'Oise (Indemnité aux médecins malades) ;

2° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de l'Aveyron (Réforme des tarifs de 1811, applicables aux médecins-légistes) (Modifications proposées) ;

3° Rapport de M. de Ranse, au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1891.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 16 avril 1890. Il sera clos le samedi 10 mai, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année

d'officiat : les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 avril;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les mercredi 30 avril, jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1889-1890. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— A la suite du concours ouvert sur la question de l'organisation des jeux scolaires, un prix de 1,500 francs a été attribué à M. le docteur Fernand Lagrange.

Un prix de 500 francs a été décerné à M. le docteur A. Fabre, pour son mémoire relatif aux jeux actifs à introduire où à encourager dans les écoles d'aveugles.

— La Société contre l'abus du tabac visnt d'ouvrir un nouveau concours, dans lequel nous trouvons les questions suivantes, qui peuvent intéresser nos lecteurs.

N° 1. *Prix de médecine.* — De l'influence du tabac et de la nicotine sur les fonctions digestives.

Le prix consistera en un lot de livres d'une valeur de 200 francs environ et une médaille de vermeil.

N° 2. *Prix de l'hypnotisme.* — Un prix de 400 francs, dont 100 francs pour rachat de cotisation du vainqueur, est offert par M. Decroix au médecin, français ou étranger, qui relatera le plus grand nombre de cas de guérison d'affections nicotiniques, — mais au moins quatre, — par le renoncement au tabac, obtenu à l'aide de l'hypnotisme et de la suggestion.

Chaque observation devra faire connaître l'âge du sujet, depuis combien de temps il fumait, la quantité approximative de tabac consommé par jour, les symptômes constatés (angine granuleuse, crampes d'estomac, dyspepsie, pyrosis, angine de poitrine, amblyopie, perte de la mémoire, etc.), le nombre de séances de suggestion pour obtenir la guérison, avec les dates à l'appui.

Les mémoires pour les deux prix ci-dessus pourront être rédigés en français, en allemand, en italien ou en espagnol.

Le programme détaillé sera envoyé à toute personne qui en fera la demande au siège de la Société, 38, rue Jacob, Paris.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Un cas d'eczéma général aigu à La Bourboule,

Par le docteur Ad. Nicolas (1).

J'ai eu l'occasion d'observer, dans ma clientèle de La Bourboule, pendant la saison dernière, un cas de dermatologie qui présente quelques particularités jusqu'à ce jour mal précisées dans nos traités classiques, et qui, comme telles, me paraissent de nature à intéresser la Société.

M. X... est un homme de 32 ans, habitant l'une des villes manufacturières les plus importantes de nos départements du Nord, qui vient pour la cinquième fois à la Bourboule.

Il y est venu une première fois en 1884, adressé par le docteur H. Desplats, pour y soigner une *disposition eczémateuse* qui s'est manifestée pendant le cours de l'année par plusieurs atteintes d'eczéma discret, vagabond, mais plus ou moins généralisé à la poitrine et au dos. Il est d'un tempérament lymphatique et a présenté à plusieurs reprises de légères adénites cervicales. Le larynx se congestionne facilement et il est quelque peu dyspeptique. Après une cure de vingt et un jours, pendant laquelle il a pris une dizaine de bains et autant de douches en buvant de un à trois verres d'eau par jour, il a pu se considérer comme guéri; de fait, son eczéma ne reparaît plus pendant l'hiver, et il ne juge pas utile de faire de cure l'année suivante.

La prédisposition persistait néanmoins; car, au printemps de 1886, à la suite d'une ingestion de fraises, il se produit une *poussée eczémateuse* assez généralisée, mais discrète, qu'une nouvelle cure dans les mêmes conditions paraît guérir encore; en effet, il n'a plus éprouvé de manifestation de ce genre depuis cette époque.

En 1887, il revient néanmoins à la station pour accompagner sa femme et ses enfants, et fait une cure lui-même, bien qu'il se croie guéri et, suivant l'expression vulgaire, « par reconnaissance ».

En 1888, il contracte, pendant l'hiver, une *affection des voies respiratoires* de nature inquiétante, sur laquelle je n'insisterais pas si la cure, interrompue par la mort d'un enfant, qui rappela le malade chez lui, et reprise après deux ou trois semaines d'intervalle, n'avait été, de ce fait, prolongée d'une manière inusitée; et, bien que l'eau ait été administrée discrètement, elle représente environ trente jours de boisson, humage et bains avec ou sans douches locales.

En 1889, il ne présentait plus rien de suspect à la poitrine, mais il a contracté, vers la fin de l'hiver, une *adénite cervicale* terminée par suppuration; il vient pour achever la cicatrisation de l'abcès et porte encore un drain au cou.

Je reprends le traitement ordinaire avec quelque réserve; toutefois, après vingt jours, il a pris vingt bains, dont une dizaine avec douches locales; et, en boisson, de un quart à deux et trois verres d'eau par jour. La cicatrisation serait sans doute complète, si je

(1) Communication à la Société de médecine de Paris (séance du 8 mars 1890).

n'hésitais à enlever tout à fait le drain, dans la crainte d'une poussée thermale qu ramènerait la suppuration après la fermeture du trajet fistuleux. Je laisserais volontiers partir mon malade, mais il voudrait rentrer chez lui guéri tout à fait et je lui concède cinq jours de plus.

La cure s'était continuée, d'ailleurs, sans le moindre accident, sauf, au seizième jour, un peu d'empâtement douloureux des ganglions suppurés, empâtement qui s'est promptement dissipé; mais le vingt-deuxième jour (21 juillet) survint, sans changement dans l'état des ganglions suppurés, un assez fort accès de fièvre, avec frisson, chaleur et sueur, dont je ne pus déterminer la cause, et qui était le prélude de l'état morbide qu fait l'objet de ma communication.

Cette première atteinte de fièvre parut céder au sulfate de quinine; le lendemain, le malade était rétabli et se promenait, lorsqu'il fut repris, à la même heure que la veille, d'un frisson d'une extrême violence qui l'obligea à se mettre au lit.

Le soir de ce jour, le thermomètre marquait, à l'aisselle, 41°1; le corps à peu près tout entier était couvert d'une éruption miliaire papuleuse, profuse, disséminée sur un fond rosé, occupant la totalité du dos, de la poitrine, la partie interne des cuisses, les mollets, le visage, les bras et les mains. Les sueurs s'annonçaient modérées, je diagnostiquai une miliaire thermale et je prescrivis la quinine comme la veille, comptant sur une rémission pour le lendemain.

Le lendemain, 23 juillet, l'éruption miliaire persistait sur un fond plutôt rubéolique que scarlatiniforme, en ce sens que la rougeur était plutôt diffuse que ponctuée; la vérité est qu'on ne distinguait ni pointillé ni plaques; les saillies demeuraient papuleuses, peu accusées; mais la peau était gonflée, surtout aux mains. Un moment ce gonflement des mains ou du visage me fit songer à la variole, surtout quand, le soir, les saillies miliaires devinrent vésiculeuses, confluentes aux lèvres et au visage, rappelant l'herpès labialis confluent et l'impétigo, bien que le contenu demeurât plutôt blanchâtre et opalescent. Lorsque cette confluence des saillies vésiculeuses se manifestait le lendemain aux extrémités des doigts sous forme de bulles larges, d'un blanc sale, à bords irréguliers, le nom d'eczéma s'imposait de lui-même, malgré l'absence de démangeaisons, remplacées par une sensation légère de picotement aux points où devaient surgir des papules; malgré l'étendue de l'éruption, l'aspect vultueux de la face, la rougeur intense de la peau; malgré la langue sèche, chargée d'un enduit blanchâtre d'un fauve sale au sillon médian, mais rosée sur ses bords; malgré la soif intense, le pouls à 120, 112, 126 et surtout les températures ascendantes de 40,2; 40,5; 41; 40,5, aux diverses heures de la journée, ensemble de symptômes qui devaient rendre le diagnostic indécis.

Cependant, en raison de la rapidité de l'évolution; de l'intégrité des muqueuses buccale, pharyngée, oculaire; de la modération des sueurs; du calme psychique; de l'absence de toute douleur et de tout autre symptôme général, je persistai dans mon opinion que j'avais affaire à une dermatose superficielle bénigne d'origine thermale; et mon confrère, le docteur Emery, appelé le soir en consultation, fut de mon avis et confirma la prescription de quinine, boissons rafraîchissantes; au besoin, laxatifs ou purgatifs ; et il tolérait une alimentation légère, à la condition de surveiller les évènements.

Le lendemain, il y avait plutôt du mieux. Températures 40,6; 39,4; 39,8 (le matin, à midi et le soir); pouls : 112; 104; 100. Urines normales, plutôt rares. Mais, en même temps, apparaissait aux membres inférieurs, principalement aux mollets, une large ecchymose, marbrée, très foncée en couleur aux mollets, s'atténuant vers les cuisses semée de petites saillies ponctuées d'un rouge sombre. En même temps, la rougeur générale devenait plus foncée au sacrum et au dos, où l'éruption semblait se modérer et les saillies miliaires passer insensiblement de la papulation à la vésiculation et à la purulence, selon leur ancienneté. L'état œdémateux de la peau n'avait pas augmenté, ce n'était pas l'œdème à bourrelets de l'érysipèle, mais un œdème plutôt intra-dermique. Ce qui me confirmait toujours dans la conviction de la *superficialité*, si je puis dire, de l'exanthème, c'est qu'une alliance demeurée au doigt n'entravait pas la circulation. Je ne l'enlevai que quelques jours plus tard, lorsque l'éruption, devenue bulleuse et confluente dans les sillons interdigitaux, nécessitait des pansements. Ce fut fait,

d'ailleurs, très simplement en frappant la bague avec un marteau par un corps dur, après l'avoir frottée d'onguent mercuriel.

L'apparition du purpura ne devait pas modifier mon pronostic. C'était un symptôme d'énervement, d'atonie vasculaire localisée à la peau. Je la comparais au purpura de l'eczéma arsenical, au purpura de surmenage que je venais d'observer deux mois auparavant dans le service de M. le professeur Peter, qui a si judicieusement défini ces nuances de l'adynamie. Ce purpura rappelle, à s'y méprendre, celui de la fièvre jaune, dont la signification pronostique est particulièrement grave; mais tout dépend de la généralisation de l'atonie vasculaire que l'on peut apprécier par l'état des fonctions viscérales. Or, le seul phénomème inquiétant était ici l'élévation de la température; mais j'ai pris l'habitude, à la suite d'observations renouvelées dans ma propre famille, de ne pas m'alarmer des températures élevées dans les dermatoses aiguës qui demeurent superficielles, bien qu'une semblable opinion ne puisse se formuler ainsi sans réserves.

Cet optimisme n'était pas partagé, on le comprend, par l'entourage du malade. Il avait emmené deux petits enfants et leur gouvernante; Mme X..., accouchée deux semaines auparavant, n'avait pu accompagner son mari; une parente, qui habitait à quelque distance, vint le voir et prit l'alarme qu'elle communiqua autour d'elle. Elle me proposa, le 25, une consultation avec un médecin étranger à la station, praticien éclairé dont la science et l'autorité ne sont contestées par personne. J'acceptai très volontiers et il vint le soir accompagné d'un jeune médecin, également étranger à la station, très instruit et familiarisé avec l'étude des maladies de la peau.

Pendant cette journée du 25, l'état de la peau semblait un peu amélioré, mais l'état général était moins bon; le malade semblait préoccupé, découragé, fatigué. J'avais déjà isolé les enfants, je les fis partir avec leur gouvernante; on prit une garde.

La consultation eut lieu à neuf heures du soir.

La température, qui avait été dans la journée de 39,8; 40; 40,8 était alors de 40,4; et le pouls, qui marquait 96 le matin et 100 à midi, s'était élevé à 112. Le purpura avait plutôt un peu pâli qu'augmenté; les teintes spectrales commençaient à le nuancer sur les bords; mais tout cela était peu apparent et l'on pouvait bien hésiter en présence d'un appareil de symptômes quelque peu effrayant.

On diagnostiqua une « scarlatine maligne » ou tout au moins un « érythème scarlatiniforme malin », qui devait évoluer rapidement, se terminer selon toutes les prévisions d'une manière fatale; en tous cas, la convalescence serait longue, sans doute accidentée, et l'exfoliation formidable qui devait suivre pourrait fort bien la compromettre. Toutefois, le traitement fut maintenu; on ajouta un lavement avec poudre de quinquina et de café, camphre, quinine et laudanum. On continua les lotions locales à l'eau phéniquée et au sublimé qui eussent peut-être, en dehors même de l'hypothèse d'une origine parasitaire, rendu plus de services si elles eussent été pratiquées sur le tronc; mais je ne l'avais pas osé et il n'y avait pas lieu d'y songer sous la menace d'une scarlatine maligne.

Cette divergence d'opinion ne pouvait demeurer secrète, puisqu'il s'agissait de renseigner la famille; elle parvint même aux oreilles du malade. C'est une des circonstances où la médecine thermale devient des plus difficiles et où l'on s'engage plus qu'on ne le voudrait. La clientèle thermale s'effarouche aisément; une station thermale est un vaste hôtel que le public aura bien vite évacué sous la menace d'une scarlatine maligne; le cas était même d'autant plus grave qu'il s'agissait, dans l'hypothèse d'une fièvre infectieuse, d'empêcher Mme X..., nouvellement accouchée, de rejoindre son mari, ce que je jugeais impossible, il faut le dire, par la connaissance que j'avais de son caractère. Toutefois, malgré tous les détails que je pouvais donner par télégrammes ou par lettres, mon pronostic bénin figurait mal à la suite des températures persistantes de 40 degrés, du pouls dépassant 120, de l'éruption généralisée et du purpura. C'est, dans une foule de circonstances, le mauvais côté de la médecine thermale, où, qui que nous soyons, nous n'aurons jamais l'autorité d'un médecin de province ou de Paris, opérant dans un milieu stable.

Le 26, températures : 39,8; 39,7; 39,8; pouls : pouls : 92, 92, 96. Le malade est plutôt mieux; il demande à manger; la langue se nettoie. L'état général est bon.

Le 27, au matin, les jambes reprennent leur teinte normale et la poussée éruptive paraît arrêtée dans son ensemble; cependant il y a un peu de prostration qui s'accentue dans la journée. Je l'attribue à la détente générale ; mais les températures ne baissent pas : 39,5; 39,9; 39,5; 48,2; et le pouls s'élève : 84, 92, 88, 104. Le malade se plaint de froid le matin, et il a, vers cinq heures du soir, des sueurs d'une certaine abondance qui cessent vers neuf heures. Les urines, qui ont toujours été plutôt rares, sont copieuses, mais normales.

A la consultation, on songe à la suette; mais on observe une légère poussée éruptive aux poignets et à la partie interne des cuisses, et nous n'avons là évidemment qu'un léger accès de fièvre intermittente.

Le 28, les sueurs reparaissent assez copieuses; les températures sont de 39°8, 39°7, 39°6, 39°; le pouls, à 104, 106, 106, 84, présente toujours une courbe discordante; le malade dort d'un bon sommeil, prolongé, il est vrai, mais contrastant heureusement avec l'insomnie relative des jours précédents; les forces reviennent visiblement, bien qu'avec lenteur. Mme X... est arrivée la veille. Nous avons décidé qu'elle s'abstiendrait, autant que possible, de séjourner près de son mari. Elle est venue avec son beau-père, qui, en présence du désaccord des médecins, me demande de faire venir de Lille le docteur Henri Desplats, ce que j'accepte avec empressement, bien que je crusse le malade en convalescence depuis la veille, selon mes prévisions.

C'était un peu prématuré. Le 29, au matin, la température est remontée à 40°1; le pouls est à 92. L'état général paraît moins bon. Il y a une dyspnée d'épuisement, caractérisée par la respiration presque exclusivement diaphragmatique, procédant par saccades lentes, qui ramène à l'esprit des consultants la crainte de la suette, dont ce type de respiration est un symptôme dans les cas graves. Il s'est produit un peu de congestion hypostatique des deux poumons en arrière. Nous l'avions déjà observée le 27, mais elle avait disparu le 28. J'attribue cette légère aggravation à une poussée éruptive qui, des genoux, s'étend aux jambes naguère ecchymosées et recouvre le siège même de l'ecchymose.

On a donné, le matin, un purgatif. Je reprends la quinine, que j'avais laissée de côté depuis le 27.

A midi, la température est à 39°2; le pouls à 104. Les selles ont été assez fréquentes sous l'action du purgatif. On fait respirer un peu d'oxygène.

A quatre heures, température, 39°; pouls, 84. Le malade respire mieux, mais la langue, qui s'était nettoyée les jours précédents, redevient un peu sèche.

M. Desplats est arrivé, muni de mes lettres et de mes dépêches, et, avant d'avoir vu le malade, il ne me cache pas que les présomptions sont en faveur d'une maladie infectieuse. Toutefois, après examen, il pose sans hésiter le diagnostic d'eczéma aigu; et, à la consultation du soir, le pouls étant tombé à 84, la température à 38°, nous trouvons le malade en proie à des démangeaisons intolérables, et, à la place de la dyspnée et de la prostration du matin, nous constatons une agitation extrême, mais volontaire. C'était un changement du tout au tout, et l'hésitation n'était plus possible.

A partir de ce moment, la convalescence s'établit assez franchement; toutefois, je l'avais annoncée courte et elle fut longue, accidentée par des poussées nouvelles d'éruption qui se produisaient sur les points guéris. Les températures atteignaient encore 39°,8. les 17 et 18 août, et ce dernier jour (vingt-septième de l'éruption), il y avait une nouvelle poussée générale avec état saburral. Le malade ne put se considérer comme affranchi de l'éruption que le 12 août (vingt-neuvième jour), où la température s'abaissa à 37°,5. Les démangeaisons continuèrent jusqu'au rétablissement complet, cédant, d'ailleurs, merveilleusement aux lotions phéniquées à 1 p. 100.

Au traitement précédemment institué, j'ajoutai des bains d'eau douce de quinze à trente minutes, bientôt additionnés de sublimé, qui soulageaient visiblement, tout en nettoyant la peau sur laquelle la desquamation était générale et s'opérait sans accidents. Les urines sont demeurées normales.

Il me paraît se dégager de cette longue observation quelques notions que je résumerai en peu de mots :

1° Au point de vue *étiologique*, est-il vrai que la cure ait eu quelque influence sur l'apparition de cet eczéma aigu généralisé? Je le crois, et, sans l'attribuer à une intoxication arsenicale, je pense que, chez un malade qui, bien qu'accoutumé à nos eaux et en ayant bénéficié en plusieurs circonstances, même dans deux atteintes d'eczéma constitutionnel, était en ce moment débilité par une adénite cervicale suppurée, la fatigue de la cure a pu déterminer un certain état d'épuisement nerveux, d'énervement que nous observons fréquemment sous la forme d'atonie vasculaire générale se manifestant par une fièvre *nerveuse*, avec pouls petit, très fréquent, dépressible. Il reste à expliquer comment cette fatigue a pu provoquer, même chez un eczémateux, des manifestations cutanées de ce genre, quelle que soit la part faite à l'atonie des vaisseaux intra-dermiques dans leur genèse;

2° Au point de vue des *symptômes*, j'ai cru devoir insister sur l'innocuité relative des températures élevées dans les dermatoses superficielles. Je fais rentrer dans cette classe l'érysipèle bénin de la face, pendant lequel on observe aussi des températures de 40 et 41 degrés pendant plusieurs jours. Il y aurait lieu de rechercher si la température du rectum présente les mêmes courbes que celles de l'aisselle, les seules que nous ayons observées.

Quant au *purpura* symptomatique, il est à remarquer qu'il s'est produit ici pendant le décubitus horizontal; les pétéchies, qui formaient comme un semis sur les membranes ecchymotiques ne correspondaient pas aux orifices pileux; l'extravasation sanguine doit être considérée comme un degré plus avancé de la poussée érythémateuse et papuleuse, et si le purpura apparaît de préférence aux jambes, c'est que la peau, les fibres du derme et les parois vasculaires y présentent moins de tonicité et une disposition particulière au relâchement, à la dilatation passive des vaisseaux, à l'engorgement œdémateux.

En tous cas, la bénignité du purpura des débilités, des intoxications, de l'impaludisme est aujourd'hui admise par tous les dermatologistes, et sa gravité pronostique, même dans le scorbut, où l'extravasation sanguine prend souvent les proportions d'une hémorrhagie intra-dermique, est subordonnée à l'intensité de l'adynamie, au degré de débilité, aux ressources vitales, alimentaires ou médicamenteuses qui peuvent être utilisées par l'organisme ou par le médecin pour combattre l'atonie et ses causes.

On peut donc considérer le purpura, dans cette observation, comme une phase accidentelle du *processus eczémateux* dont il a été facile de suivre l'évolution progressive.

En effet, à la suite de deux accès de fièvre débutant par un frisson d'une certaine violence, nous voyons la *papulation* survenir comme conséquence de l'érythème généralisé. Il est clair que, chez ce malade à prédisposition eczémateuse, la papule n'est qu'un premier degré d'évolution de la dermatose qui doit aboutir à la vésico-pustule de l'eczéma; mais, *sur tout le corps*, c'est par la papule que cet eczéma débute.

La *vésicule* qui succède correspond à la papule, comme siège et comme dimensions; elle est blanchâtre et renferme un liquide opalescent, qui demeure tel, même dans les points où la confluence des vésicules simule l'état *bulleux*; mais c'est à la condition que la vésicule éclate de bonne heure. Si sa rupture est tardive, le liquide devient *purulent*. La *purulence*

s'établit encore dans le cas de rupture lorsque la cicatrisation tarde; car alors le derme exposé à l'air suppure à la façon d'une plaie ulcéreuse.

(*A suivre*

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEAU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MALADIES INFLAMMATOIRES DES REINS ET DES URETÈRES CHEZ LA FEMME, par SHERWOOD DUNN (avec figures dans le texte et une planche). Paris, O. Doin, 1889.

Voici le résumé des conclusions de ce travail :

Une fistule artificielle à l'un des angles du trigone vésical, résultant de l'opération de la kolpo-urétéro-cystotomie permet d'étudier une affection intéressant la vessie, les uretères et les reins.

Au moyen de cette fistule on peut irriguer le rein, enlever les accumulations de pus, d'urine décomposée. La dilatation graduelle de l'uretère empêche la contraction de ce canal; le repos physiologique est obtenu par le drainage complet de la vessie, de l'uretère et du bassinet, si bien que toute inflammation s'arrête. Ce traitement est beaucoup moins dangereux que la néphrotomie et la néphrectomie.

Le drainage intra-vaginal empêche toute incontinence d'urine et permet de traiter avec succès les cystites. La suture boutonnée du docteur Bozeman permet de fermer facilement la fistule. — P. Ch.

LE SERVICE DE LA VACCINATION DANS LES VOSGES, par le docteur LARDIER. Rambervilliers, 1889.

Notre confrère arrive aux conclusions suivantes, que nous ne pouvons qu'approuver :

1° Le service de la vaccination, dans les Vosges, sera exclusivement confié aux médecins, qui *seuls* sont capables de prendre les précautions nécessaires et d'assurer aux inoculations l'innocuité et l'efficacité indispensables.

2° La vaccination de bras à bras sera remplacée par des inoculations faites à l'aide du vaccin de vache, dont l'origine et la pureté seront certaines.

3° Les vaccinations seront effectuées et contrôlées par les soins des médecins chargés de ce service; les revaccinations auront lieu tous les huit ans, et seront rendues obligatoires dans la mesure du possible. — P. Ch.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

SOMMAIRE : Société de médecine d'Angers, année 1889. — Arthropathies diphthéritiques. — Appareil pour la stérilisation du lait.

Pendant l'année 1889, un certain nombre de communications intéressantes ont été faites à la Société de médecine d'Angers et résumées par M. Gripat.

M. le docteur DESCOINGS a communiqué deux observations de *cancer du foie*, dont il a opposé judicieusement les différences symptomatiques. Dans le premier cas, il s'agit d'un cancer primitif du foie accompagné de mégalosplénie sans ascite. Les particularités saillantes de cette observation sont, d'une part, le début du cancer dans le foie d'un individu préalablement tuberculeux, et la concomitance d'une hypertrophie de la rate, qui eût pu faire croire que les deux organes s'étaient hypertrophiés en même temps, sous l'influence d'une cause commune, l'impaludisme, au lieu que l'augmentation de volume de la rate était simplement causée par un obstacle à la circulation qui, chose curieuse, n'avait pas déterminé d'ascite, à cause de la suppléance des veines énormes des parois abdominales.

Dans le second cas, le cancer du foie avait paru primitif, et pourtant il avait succédé

à un cancer de l'estomac qui ne se manifestait par aucun symptôme, parce qu'il était situé dans la paroi postérieure, masqué par le foie, et aussi parce qu'en l'absence de troubles du côté du pylore, les digestions étaient faciles. Dans l'espèce la rate était petite.

Un interne de M. le professeur Farge, M. Enou, a lu une observation d'*épilepsie traitée par le sulfonal.* De cette observation, jointe à cinq autres, il ressortirait que le sulfonal, hypnotique fort commode qui peut agir là où ont échoué l'opium, le bromure et le chloral, serait aussi un sédatif puissant des attaques d'épilepsie. Malheureusement les résultats n'ont pas été toujours les mêmes entre les mêmes mains, d'où il suit qu'il ne faut pas se réjouir prématurément et compter sur la découverte d'un remède infaillible contre le haut-mal.

Il faut signaler une observation de *hernie crurale étranglée* depuis sept jours et sphacélée, opérée par M. le docteur Renou (de Saumur). Rencontrant, après ouverture du sac herniaire, une hernie crurale largement gangrenée, ne se trouvant pas dans les conditions où il est possible de faire une résection de l'intestin suivie de suture immédiate, M. Renou se décida à favoriser l'établissement de l'anus contre nature. Mais, en présence d'une perforation intestinale par laquelle rien ne sortait, et, contrairement au précepte de Gosselin, qui conseille d'obtenir la dilatation de l'anneau avec le doigt introduit dans l'intestin, l'opérateur craignit de déchirer ainsi des adhérences molles et préféra débrider l'anneau avec le bistouri. Après avoir retiré l'éponge-bouchon préalablement introduite dans l'intestin, il eut le bonheur de voir celui-ci se vider facilement par la perforation qu'il agrandit et fixa solidement à la paroi. Plus tard, après insuccès de l'application de l'entérotome, il disséqua l'intestin, lui fit la suture de Lambert, le libéra et le réduisit, sutura la paroi abdominale et obtint un résultat complet. Après ce brillant succès, M. le docteur Renou se croit justement en droit d'exalter sa pratique et de critiquer le précepte de Gosselin.

M. le docteur Bontemps a rapporté un cas singulier de ce qu'il croit être une *hydrocèle cloisonnée* qu'il ponctionna d'abord sans le moindre résultat, parce que l'instrument pénétra sans doute dans l'épaisseur de la cloison. Plus tard, il fit une double ponction et évacua, de deux poches inégales, deux liquides différents.

M. le docteur Tesson a rencontré les plus grandes difficultés en voulant guérir, par l'*électrolyse*, un très vieux et très long rétrécissement fibreux de l'urèthre : difficulté d'introduire un instrument imparfait, difficulté de savoir où le conducteur allait se loger, longueur extrême de l'opération, nécessité d'employer l'énorme tension de 50, 60, 80 milli-ampères, et même davantage; puis, comme suite, phlegmon du pénis et abcès suppuré, tels sont les déboires qu'a éprouvés l'opérateur; mais, comme compensation, il a pu faire bénéficier le patient d'une guérison complète de son rétrécissement.

La place nous manque, malheureusement, pour exposer, avec le détail qu'elles mériteraient, les communications de M. Quintard, un cas de guérison d'obstruction intestinale par les courants continus; de M. Charrier, un fait de scarlatine fruste; de M. Bontemps, les albuminuries de grossesse; de MM. Farge et Gripat, la phlegmatia alba dolens; de M. Vaslin, sur une opération de trépanation et d'évidement des deux extrémités du tibia; de M. Monprofit, sur un kyste volumineux du ligament large; de M. Guichard, sur la publicité des séances d'hypnotisme, etc., etc. Le peu des travaux de la Société qu'il nous a été possible d'analyser montre que la Société de médecine d'Angers, qui remonte à 1797, est une des sociétés de province les plus actives.

*
* *

A la Société des Sciences médicales de Lyon, M. Lyonnet a récemment présenté une malade atteinte d'une *Arthropathie des genoux,* consécutive à une angine diphtéritique compliquée de paralysie du voile du palais, de parésie des membres inférieurs, d'albuminurie. Les genoux présentaient une tuméfaction au niveau des culs-de-sac articulaires, mais sans hydarthrose ainsi qu'une ponction l'a démontré. M. Lyonnet a insisté

sur la rareté des complications articulaires de la diphtérie; pour lui, il s'agit d'un trouble trophique produit par intoxication du système nerveux.

M. Augagneur a pensé aussi à un œdème sous-cutané en rapport avec des troubles trophiques.

M. le docteur Trossat a réuni un certain nombre de cas de *troubles génitaux-urinaires consécutifs à la grippe.* Il a observé deux cas de cystite chez des personnes qui, auparavant, n'avaient jamais rien présenté d'anormal du côté de la vessie. Chez deux malades, un catarrhe chronique de la vessie a revêtu la forme aiguë. Du côté de l'utérus, les troubles ont été plus ou moins graves. Des personnes, toujours bien réglées, ont vu les règles avancer ou retarder de sept à huit jours; quatre fois elles manquèrent. Une jeune femme ne fut réglée que pendant un jour et eut une épistaxis supplémentaire abondante. Certaines malades eurent des métrorrhagies ou des phénomènes dysménorrhéiques intenses. La grippe a déterminé une fausse couche de six semaines et un accouchement prématuré au commencement du neuvième mois.

*
* *

Il a été déjà question, dans plusieurs Sociétés savantes, de la *stérilisation du lait* par le procédé Stædler. L'appareil a été présenté récemment à la Société Vaudoise de médecine. C'est un vase cylindrique muni d'une anse et d'un couvercle avec soupape; un cercle de métal, placé à la partie inférieure, permet de poser le vase sur un trépied ou un trou de fourneau. Dans l'intérieur du vase est un manchon cylindro-conique se terminant en cheminée et reposant sns le fond par sa partie évasée. Le lait monte dans ce manchon et s'échappe par la cheminée qui s'ouvre au centre du vase, un peu au-dessous du bord supérieur. La cheminée est munie d'un diaphragme à bord relevés, percé de trous et s'appuyant par son bord aux parois du vase. Le diaphragme assure la stabilité de la pièce intérieure et empêche le lait de monter le long des parois sans gêner sa descente. L'orifice supérieur de la cheminée est entouré d'une plaque perforée n'atteignant pas les parois du vase; le lait s'étend sur cette plaque et retombe par les trous ou par le bord sur le diaphragme et delà au pied. La pièce intérieure est mobile et démontable. Une cuisson d'une demi-heure détruit complètement les bacilles et le lait se conserve plusieurs jours si l'on tient le vase fermé. Cet appareil est certainement excellent. M.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er avril. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. Bidou sur la coexistence, chez le même sujet, de phénomènes post-hémiplégiques;

2° Un mémoire de M. Magnant sur le traitement des maladies des organes respiratoires par l'air surchauffé.

M. le Président annonce, à l'Académie, la mort de M. Trélat. L'Académie décide de lever la séance en signe de deuil après les élections.

MM. Raimbert et Diday sont élus associés nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mars 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *La rubéole. — Troubles trophiques d'origine hystérique simulant la névrite radiculaire du plexus brachial. — Délire maniaque dans l'influenza. — Névralgie cervico-*

brachiale avec atrophie musculaire dans l'influenza. — Grippe chez les enfants. — Formes de la variole. — Lymphangite pulmonaire et ganglion sus-claviculaire par cancer de la capsule surrénale.

M. Chantemesse a observé avec M. Widal un malade qui a présenté une affection caractérisée par une éruption ayant l'apparence morbilleuse, une angine rappelant celle de la scarlatine, une adénopathie très intense survenue sur les régions latérales et postérieures du cou le troisième jour, tandis que l'éruption cutanée ne se montra que le sixième. L'éruption persistait encore sept jours après son apparition. Il n'y eut pas de desquamation, et la fièvre initiale, qui était légère, disparut quand l'éruption fut terminée. Il y eut, en outre, un catarrhe oculo-nasal et pharyngo-bronchique prolongé et des manifestations douloureuses des petites articulations analogues au rhumatisme scarlatin. C'est à la rubéole que se rattacherait cette maladie.

M. Talamon a insisté sur la fréquence du catarrhe des muqueuses déjà signalé par lui avec M. Lecorché en 1879 dans la rubéole. On ne saurait donc utiliser l'absence des manifestations catarrhales pour le diagnostic de la rubéole avec la rougeole, comme l'avait dit M. Juhel-Rénoy.

M. Talamon dit qu'on ne doit pas confondre la rubéole avec la roséole fébrile idiopathique. En se rapportant à la description de Trousseau, on note le polymorphisme de l'éruption rubéolique, tandis que l'éruption de la roséole est une. L'éruption rubéolique est beaucoup moins fugace que celle de la roséole et peut persister pendant sept à dix jours. L'éruption de la roséole apparaît d'emblée sur tout le corps, tandis que celle de la rubéole commence à la face et y reste d'abord localisée. Enfin, les manifestations catarrhales des muqueuses supérieures manquent dans la roséole de Trousseau ; dans la rubéole, si on les recherche attentivement, ces manifestations ne manquent jamais.

Les manifestations muqueuses de la rubéole apparaissent en même temps que l'éruption, elles ne la précèdent pas de plusieurs jours comme dans la rougeole ; en outre, l'intensité des symptômes muqueux est proportionnelle à l'intensité de l'éruption.

M. Chantemesse dit que, chez son malade, les manifestations muqueuses ont précédé de plusieurs jours l'apparition de l'éruption. On ne saurait donc invoquer, comme le fait M. Talamon, la coïncidence de date entre l'apparition des phénomènes cutanés et muqueux comme caractéristique de la rubéole.

M. Rendu, dans un cas analogue à ceux dont vient de parler M. Talamon, a constaté que la température ne s'élève pas progressivement, pendant la période prémonitoire, comme dans la rougeole ; ce n'est qu'au second jour de l'éruption qu'il a trouvé une élévation thermique modérée.

M. Cadet de Gassicourt a vu plusieurs cas de rougeole indéniable dans lesquels il n'y avait aucune ascension thermique pendant la période pré-éruptive.

— MM. Chantemesse et Widal présentent à la Société un malade atteint d'asymétrie faciale par aplatissement de la joue gauche et portant sur le membre supérieur gauche des troubles trophiques qui, à première vue, semblent caractéristiques d'une névrite radiculaire, mais dont il faut affirmer l'origine hystérique pour les raisons suivantes :

Ce malade offre les caractères de l'infantilisme et, malgré ses 27 ans, on ne lui en donnerait que 18.

L'atrophie musculaire porte sur la totalité du membre supérieur gauche, mais l'aspect de la main est surtout caractéristique. Elle est amaigrie par atrophie des éminences thénar-hypothénar et des muscles inter-osseux. Les doigts sont effilés, constamment recouverts de sueur, leur peau est atrophiée, luisante, collée aux os sous-jacents, c'est l'aspect du glossy-skin. Les poils qui recouvrent la face dorsale des premières phalanges sont amincis, les ongles sont brillants, incarnés longitudinalement et transversalement et parcourus de stries transversales et longitudinales.

La température de la main gauche est moins élevée que celle de la main droite. Le moindre froid amène une teinte violacée avec engourdissement total de la main et légère enflure.

La sensibilité au contact, à la douleur, à la piqûre, à la chaleur, au froid, est conservée dans tout le membre malade.

Ces accidents sont survenus quelques jours après l'ouverture d'un abcès siégeant au niveau de l'angle du maxillaire inférieur et remontant vers le lobule de l'oreille.

Malgré tous ces symptômes, il y a lieu de rejeter le diagnostic de névrite radiculaire en raison de l'absence d'anesthésie et de troubles oculaires, décrits par Mlle Klumpke dans les paralysies radiculaires totales, en raison d'un état de contracture du membre supérieur dont a tout d'abord souffert le malade, contracture que M. Ferrand a fait disparaître, à l'hôpital Laënnec, après deux séances de massage sous le chloroforme (les paralysies radiculaires sont des paralysies flasques). Enfin, l'abcès rétro-maxillaire était placé beaucoup trop haut pour intéresser les branches du plexus brachial.

L'origine hystérique de tous ces troubles trophiques découle encore de ce qu'ils ont été justement précédés d'un état de contracture des régions correspondantes, de ce que toute la moitié gauche du corps est le siège d'une hémi-hypéresthésie vague, comparable, dans sa topographie, aux hémi-anesthésies des hystériques. Sur cette hémi-hypéresthésie sont disséminées des zones d'hypéresthésie très vives. Le moindre attouchement superficiel pratiqué au niveau des doigts gauches amène une douleur extrêmement aiguë. Cette hypéresthésie s'arrête brusquement au niveau de la tête des métacarpiens ; c'est une sorte d'hypéresthésie segmentaire comparable aux hypéresthésies segmentaires des hystériques.

Une plaque d'hypéresthésie très vive s'étend sur la région temporale gauche.

Des zones hystérogènes existent sous le mamelon du côté gauche, dans la fosse sus-épineuse et dans le flanc gauche (zone pseudo-ovarique).

La face est asymétrique, parce que la joue gauche est aplatie et présente un léger degré de contracture avec spasmes intermittents du peaucier. C'est une ébauche d'hémi-spasme facial.

Une seule fois on est parvenu à endormir le malade par pression des globes oculaires.

Le réflexe pharyngien est complètement aboli. La pituitaire dans la narine droite est parfaitement insensible ; on peut y enfoncer un papier roulé à une profondeur de six centimètres, sans que le malade éprouve la moindre sensation; les odeurs sont moins bien perçues à gauche qu'à droite. Le goût est diminué sur la moitié droite de la langue. On note des deux côtés un rétrécissemont concentrique du champ visuel, plus accentué pour l'œil gauche et de la micro-mégalopsie plus marquée également à gauche. Le testicule gauche est insensible à la pression.

La sensibilité électrique est augmentée par les courants faradiques sur le côté gauche. L'excitabilité faradique est très diminuée dans les régions atrophiées. L'exploration galvanique dénote une absence de réaction de dégénérescence.

En remontant dans les antécédents personnels et héréditaires du malade, on trouve des stigmates hystériques. Depuis longtemps, il présentait une anesthésie absolue de la muqueuse de la narine droite. Il s'amusait à y faire pénétrer dans sa totalité un clou d'une longueur de quatre centimètres et demi. Un jour, en 1883, le but fut dépassé et le malade avala le clou tombé dans le pharynx ; il rentra pour cet accident à l'hôpital Necker, d'où il sortit au bout de quinze jours après avoir rendu le clou par l'anus. Sa mère était sujette à de fréquentes attaques d'hystérie.

Jusque dans ces dernières années les troubles trophiques d'origine hystérique étaient considérés comme tout à fait exceptionnels. Leur présence chez un malade semblait même contre-indiquer le diagnostic d'hystérie. Mais depuis 1884, les travaux de M. Charcot et de ses élèves nous ont montré leur fréquence relative chez les hystériques, et de nombreux faits sont consignés dans une thèse toute récente faite à la Salpêtrière par Athanassio. Jusqu'à présent il semble que l'on n'ait guère observé dans l'hystérie que des troubles trophiques dissociés isolés. Chez tel sujet on signale des lésions cutanées, chez tel autre un œdème bleu, chez tel autre encore de l'atrophie musculaire.

Il n'existe pas d'observation où l'on ait décrit des troubles trophiques d'origine hysté-

rique qui par leur ensemble aient simulé de tous points les troubles trophiques d'une névrite radiculaire comme dans le cas présenté.

M. Ferrand et M. Joffroy se rallient à la manière de voir des présentateurs.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

Traitement de l'antéflexion utérine. — De Sinéty.

Si l'antéflexion s'accompagne de paramétrite postérieure, éviter tout ce qui peut exercer une traction sur les ligaments recto-utérins. Laxatifs répétés, lavements quotidiens, irrigations vaginales très chaudes (48 degrés), pansements avec des tampons imbibés de glycérine iodurée, additionnée de teinture d'opium; cures thermales à Salies-de-Béarn, Salins, Kissingen, Marienbad. — Dans le cas de douleurs occasionnées par la marche, si le vagin lui-même n'est pas sensible à la pression, soutenir l'utérus au moyen d'un tampon ou d'un pessaire. — Si l'antéflexion s'accompagne de dysménorrhée, administrer le sulfate de quinine à la dose de 40 à 60 centigrammes par jour, en deux prises, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'apparition probable des règles. En cas d'échec du sulfate de quinine, prescrire des injections hypodermiques de morphine, répétées chaque jour pendant toute la durée de la période cataméniale, la morphine ayant pour effet de faire cesser les contractions exagérées, d'où résultent les douleurs menstruelles. — Tient-on à rendre à l'utérus sa position normale? La malade étant placée dans le décubitus dorsal, on introduit deux doigts dans le vagin, en arrière du col, tandis que ceux de l'autre main, enfoncés derrière la symphise pubienne, repoussent le corps de l'utérus en arrière, à travers les parois abdominales. — N. G.

COURRIER

Asiles pour les femmes en couches. — Dans sa séance du 24 mars, le Conseil municipal de Paris, vu la proposition de M. Strauss, tendant à l'affectation de la propriété léguée par Mme Ledru-Rollin à la création d'un asile pour les femmes en couches; sur le rapport de sa 5e commission, délibère :

Article premier. — L'administration est invitée à affecter la propriété de campagne de Mme Ledru-Rollin, sise à Fontenay-aux-Roses, à l'établissement d'un asile de convalescence pour femmes en couches, sauf à tenir compte au service de l'enseignement de la valeur représentative de cet immeuble.

Art. 2. — Ledit asile sera appelé « Asile Ledru-Rollin. »

Art. 3. — Les travaux d'aménagement, prévus à l'avant-projet, seront exécutés jusqu'à concurrence de 250,000 francs.

Art. 4. — L'administration est invitée à soumettre au Conseil un avant-projet de construction d'un asile-dortoir pour les femmes enceintes sur les terrains désaffectés du cimetière Montparnasse.

Congrès des médecins aliénistes français. — Ce Congrès aura lieu le 4 août 1890, à Rouen.

— M. le docteur Mouisset est nommé médecin des hôpitaux de Lyon, à la suite du concours qui vient d'avoir lieu.

— Le concours pour une place de médecin suppléant à l'hôpital de Reims s'est terminé par la nomination de M. Hache, ancien professeur à l'Ecole de médecine navale de Brest.

— M. le docteur Gros vient d'être nommé professeur d'anatomie artistique à l'Ecole des Beaux-Arts de Lyon.

Inspectorat des eaux minérales. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, l'emploi de médecin-inspecteur et de médecin-inspecteur-adjoint est supprimé à la station thermale de Vals.

— M. P. de la Martinière est chargé d'une mission au Maroc, en vue de poursuivre les recherches archéologiques qu'il a entreprises dans la Tingitane.

Nominations diverses. — *Médecins de l'octroi.* — MM. les docteurs Moussaud et Poupon sont nommés médecins de l'octroi de Paris.

— Récemment a eu lieu, boulevard de Vaugirard, l'assemblée annuelle de l'Œuvre de l'hospitalité de nuit. Cette société de bienfaisance a reçu en 1889, en donations, souscriptions et legs, non compris d'innombrables dons en nature, une somme totale de 403,138 fr. 35. Dans le rapport du président, nous avons trouvé des chiffres non moins intéressants. « L'œuvre a recueilli cette année 88,412 hommes et 2,059 femmes et enfants, soit en tout 90,471 pensionnaires qui ont couché pendant 235,561 nuits. Ce qui donne un total de 564,623 hospitalisés, ayant passé 1,534,555 nuits dans l'œuvre depuis sa fondation. Quant aux distributions de vêtements aux malheureux, elles ont atteint, elles aussi, un chiffre considérable. L'œuvre, en effet, a distribué 15,098 articles de première nécessité en 1890.

Statistique de la mortalité. — Une lettre-circulaire du ministre de l'intérieur prescrit aux maires des villes d'une population de 40,000 habitants et au-dessus l'envoi d'un bulletin quotidien contenant le relevé des décès de chaque jour et le nombre des décès de la journée correspondante des cinq années précédentes.

— M. le professeur Duplay commencera le cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker, le mardi 22 avril 1890, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

A l'occasion des cérémonies de la Semaine Sainte, du 30 mars au 5 avril, et de la Foire et des Fêtes qui auront lieu à Séville, du 18 au 22 avril, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie du midi de la France et les Compagnies espagnoles, délivrera du 25 mars au 15 avril inclus, au départ de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Séville au prix réduit et uniforme de 250 francs, par place, avec faculté d'arrêt à divers points du parcours.

Ces billets seront valables jusqu'au 5 mai inclusivement et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe sud-express jusqu'à Madrid, à la condition de payer en outre du prix ci-dessus le supplément complet, c'est-à-dire 50 p. 100 du prix des billets à plein tarif.

Le *Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Le professeur Trélat.

L'évènement de la semaine, dans notre monde médical, est la disparition aussi brusque que regrettable de M. le professeur Trélat. Sa mort laisse un vide difficile à combler à la Faculté de médecine et dans les diverses Sociétés savantes qui l'avaient admis dans leur sein et où il tenait une des premières places.

Sa carrière a été des plus brillantes. Né en 1828, M. Trélat était à peine âgé de 20 ans lorsqu'il fut nommé interne des hôpitaux avec Triboulet, Potain, Axenfeld, Charcot, Vulpian, en 1848, dans cette année exceptionnelle où vingt candidats seulement furent nommés. Aide d'anatomie, puis prosecteur, il soutint sa thèse de doctorat en 1854, fut reçu agrégé en 1857, à 29 ans, et chirurgien du Bureau central en 1860. La Société de chirurgie, puis l'Académie de médecine et la Faculté lui ouvrirent toutes grandes leurs portes, dès que son tour d'y entrer fut venu. Sa place, en effet, y était marquée d'avance.

FEUILLETON

CAUSERIE

Bien que M. Pasteur soit prophète dans son pays, ce qui est assurément un des caractères extraordinaires de cet homme extraordinaire, il l'est aussi à l'étranger. Les Anglais, qui n'ont pas accepté sans restriction ses admirables découvertes, ont cependant parmi eux, surtout dans la classe intelligente, de nombreux admirateurs de notre éminent compatriote; de même en est-il parmi les Américains et dans les colonies de langue anglaise. Un grand nombre de ces messieurs ont décidé de témoigner leur admiration à M. Pasteur d'une manière assez originale, en lui donnant un magnifique album. Sur la première page de cet album, on a inscrit ces mots : « Au grand M. Pasteur, le bienfaiteur de la race humaine », avec la signature du prince de Galles. Plus loin, sont les signatures des professeurs des Universités d'Oxford, de Cambridge, d'Édimbourg, de Glasgow, d'Aberdeen, de San-Francisco, de Toronto et de Montréal. Plus loin encore, on trouve un éloge en hiéroglyphes égyptiens avec la signature d'un savant professeur du British Museum. Un autre texte curieux est l'extrait du *Rig-Veda*, écrit par le professeur Max Müller. (Je ne sais par exemple si ce passage d'un livre antique et religieux a trait aux doctrines microbiennes.) On cite en outre les signatures de M. Gladstone, du professeur Huxley, du docteur Olivier Wendell Holmes, de sir Douglas Powell, sir James

Ami des Broca, des Follin, des Verneuil, bien que plus jeune qu'eux, M. Trélat avait la même tendance vers l'encyclopédisme : tout apprendre pour tout savoir et pour tout enseigner. Quoique vers la fin de sa carrière il se fût adonné surtout à la clinique, il avait fait partie au début de cette petite phalange d'érudits qui avaient inauguré à la Faculté de médecine ces fameuses *Conférences historiques*, qui n'eurent malheureusement pas de lendemain. Aussi, peu de questions le prenaient-elles au dépourvu, bien qu'il eût une certaine prédilection pour quelques-unes d'entre elles, mais non cependant au détriment des autres. De son passage à la Maternité il avait conservé un penchant marqué pour les questions de gynécologie; élève de Roux, auprès duquel il avait appris le traitement des divisions de la voûte palatine, il en a étudié la physiologie et les indications thérapeutiques jusqu'à la fin de sa vie, perfectionnant autant que possible le manuel opératoire; très au courant des questions d'hygiène, il avait pris une part importante aux discussions sur l'hygiène des hôpitaux et des maternités; à l'époque où l'ophthalmologie était encore entre les mains des spécialistes et considérée comme indigne d'être étudiée par les chirurgiens de profession, il s'était, un des premiers, attaché, comme Follin, à la faire rentrer dans le cadre de la chirurgie et à lui donner un enseignement officiel.

Comme chirurgien, M. Trélat était d'une dextérité manuelle peu commune; habile à poser le diagnostic d'une maladie et les indications d'une opération, il ne l'était pas moins à la pratiquer; aucun de ses mouvements, soit qu'il opérât, soit qu'il pansât l'opéré, n'était inutile, et tout était terminé dans un minimum de temps possible.

Mais c'était surtout comme orateur que brillait M. Trélat. Doué d'une faculté d'assimilation et d'un talent d'exposition hors de pair, il faisait la clarté dans les questions les plus ardues, dans les discussions les plus embrouillées. Quand tout le monde avait dit son dernier mot, sans que personne eût convaincu son contradicteur, et alors que les auditeurs étaient embarrassés pour tirer une conclusion du débat, M. Trélat reprenait la question dans son ensemble, rappelait les arguments apportés par chacun,

---

Paget, sir Joseph Lister, de plusieurs membres du Parlement anglais, etc. Il y a même celles d'un certain nombre d'artistes, entre autres M. et Mme Alma Tadema.

*
* *

Si dans ceci il y a l'ombre d'une réclame, il faut bien avouer que M. Pasteur ne l'a pas provoquée et, si réclame il y a, elle honore autant ceux qui la font que celui qui en est l'objet. Si d'ailleurs je parle de réclame, c'est afin de trouver la figure de rhétorique qu'on appelle transition pour arriver à la *curiosité médicale* que nous donne le *Progrès* du même nom et qui, elle, est un joli type de réclame qui n'honore ni celui qui en est l'objet, ni ceux à qui elle s'adresse, car le premier a l'air de considérer les seconds comme de simples imbéciles.

Il paraît qu'un médecin remet à ses clients, ou plutôt aux personnes dont il sollicite la clientèle, aux concierges de différents quartiers de Paris, sa carte de visite, dont voici la copie textuelle. C'est un peu long, mais c'est bien curieux : « Je ne suis pas un nouveau venu dans le monde médical, car j'ai exercé depuis plus de vingt ans la médecine au milieu d'une clientèle nombreuse à X..., où j'étais chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire, médecin des épidémies, médecin du parquet, du chemin de fer du Nord, de la Société de secours mutuels, du collège, etc. Mes concitoyens ont fait de moi successivement : un conseiller municipal, un conseiller d'arrondissement, un conseiller général, un député. Je suis maire de la ville, j'ai donc le droit de dire que je jouis de

les discutait, les classait, et terminait par un exposé général d'une telle lucidité que chacun se déclarait satisfait. C'est ainsi, depuis vingt ans, que se sont terminées les discussions soulevées au sein de la Société de chirurgie, de l'Académie de médecine, des Congrès scientifiques, etc., auxquelles a pris part M. Trélat.

Ce fut là la partie la plus importante de son œuvre, car, malheureusement, cet homme éminent a peu écrit. Ses thèses de doctorat et d'agrégation, plusieurs articles dans le *Dictionnaire encyclopédique*, un certain nombre de rapports aux Sociétés savantes dont il était membre, voilà tout ce qui nous reste de lui directement. Mais il est impossible d'ouvrir un volume des comptes rendus de nos Sociétés savantes sans y trouver son nom et sa participation active.

Sa thèse de doctorat sur les fractures de l'extrémité inférieure du fémur, comme sa thèse d'agrégation sur la nécrose causée par le phosphore, sont encore classiques. Dans la première, il a tracé, à l'aide des faits connus avant lui ou recueillis par lui, l'histoire complète de cette variété des fractures du fémur. Il a établi les conditions d'âge qui favorisent la production de ces fractures, les signes sur lesquels on pouvait baser leur diagnostic souvent difficile, leur pronostic très variable suivant le siège, enfin le traitement qui était pour ainsi dire abandonné jusqu'alors au caprice du chirurgien. Dans la seconde, il démontre, à l'aide des mêmes procédés bibliographiques, la gravité relative de la nécrose portant sur l'un ou l'autre os, la marche envahissante de la mortification, enfin l'inutilité de l'intervention opératoire tant que la nécrose n'est pas complètement limitée.

Rappelons, parmi ses articles insérés dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :* Airigne, Albinisme, Anthrax, Antropophagie, Vices de conformation de l'anus et du rectum, etc.; signalons encore son *Etude sur les résultats statistiques des opérations pratiquées dans les hôpitaux de Paris*, basée sur le relevé de 10 ans dans 10 hôpitaux, soit sur 100 années de pratique hospitalière, et insérée dans le tome XXVII des *Mémoires de l'Académie de médecine;* sa conférence sur Félix Wurtz, et

---

l'estime de ceux qui me connaissent. J'espère mériter la confiance de mes nouveaux concitoyens. Signé : D[r] X..., chevalier de la Légion d'honneur. »

Mon Dieu, que je regrette donc que le *Progrès* ait remplacé le nom de ce confrère et celui de la ville où il exerce par deux X...! Comme j'aurais été heureux d'en faire part à mes lecteurs!

*
* *

Il paraît qu'on nous réserve de grandes surprises au prochain Congrès médical international de Berlin. Grâce aux travaux de laboratoire, aux travaux de médecine expérimentale, de nombreuses questions vont être élucidées. Non content d'expérimenter *in anima vili* (je veux dire sur des animaux), un médecin polonais prussien, le comte Zorouboff, établi à Berlin, a pris comme sujets d'expérience des enfants.

Depuis quelques années, il tenait enfermés et strictement séparés, dans les différentes chambres d'un appartement, quatre enfants, qu'il faisait soigner et nourrir par une gouvernante sourde et muette. Le fait, ébruité à la longue, a amené le comte Zorouboff devant le tribunal. Il a expliqué qu'il avait acheté ces quatre enfants à des parents très pauvres pour en faire le sujet d'observations sur les instincts primitifs de l'homme laissé à l'état d'inculture absolue (O Emile! O Jean-Jacques, où êtes-vous, depuis un siècle et plus!). De là l'isolement des sujets et la précaution de n'en laisser approcher personne, qu'une femme incapable de leur parler. Comme le savant a fait la preuve que, à part les conditions d'expérimentation, les enfants étaient traités avec beaucoup de soin, bien sur-

divers articles sur les ulcérations tuberculeuses de la bouche, le traitement des divisions de la voûte palatine, les opérations d'anus contre-nature, etc.

Le regret que nous avons exprimé touchant l'absence de publication des œuvres parlées de M. Trélat est d'autant plus vif que cettte lacune était à la veille d'être comblée. M. Trélat songeait en effet à publier, sous forme de leçons cliniques, la masse énorme de matériaux qu'il a dispersés dans les comptes rendus des Sociétés savantes, en y ajoutant les observations inédites recueillies par ses élèves. Nous pouvons juger de l'intérêt qu'aurait eu ce travail d'après les quelques leçons qui ont été imprimées déjà dans le *Progrès médical* dans ces dernières années. Pour cette raison, comme pour bien d'autres, M. Trélat est mort trop tôt, dans la plénitude de ses facultés, alors qu'il pouvait rendre encore de grands services à la chirurgie française, dont il suivait les progrès d'un œil attentif, quand il ne les dirigeait pas.

Comme homme, M. Trélat était doué de grandes qualités qui ont fait des amis de ceux qui le connaissaient; il pouvait avoir des adversaires, il n'avait pas d'ennemis; l'élévation de son caractère, sa loyauté, sa bonté de cœur, cachée derrière un aspect un peu bourru, lui avaient conquis des amitiés dans tous les partis scientifiques et politiques. Son patriotisme le fit partir en 1870 à la tête d'une ambulance pour secourir les blessés; nous en avons entendu un écho au Congrès de Copenhague, lorsqu'il fit repousser la proposition émise de tenir le Congrès suivant à Berlin.

M. le professeur Trélat, ancien président de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, était commandeur de la Légion d'honneur, de plusieurs ordres étrangers et officier de l'instruction publique.

L.-H. PETIT.

---

veillés et bien nourris, le tribunal s'est décidé à prononcer l'acquittement du comte, qui a déclaré prendre à sa charge les frais d'éducation de ses quatre sujets.

Ce cas étrange, ajoute le *Temps*, n'est pas sans précédent; mais il faut remonter bien loin pour trouver la même curiosité. Hérodote rapporte qu'un pharaon, préoccupé de savoir quelle était la langue primitive de l'humanité, avait fait emmailloter deux enfants dans des paniers et les faisait nourrir dans l'isolement au sommet d'une tour. Quand ils commencèrent à parler, il s'enquit de savoir quelle langue. On lui dit que les enfants parlaient scythe et le pharaon déclara la question résolue. Son initiateur moderne, le médecin de Berlin, avait remarqué que les nourrissons de la gouvernante sourde-muette ne parlaient pas, ce qui n'est guère étonnant. Ils proféraient une sorte d'aboiement et se jetaient sur la nourriture à la façon d'animaux.

N'avais-je pas raison de parler d'*anima vili* en commençant ce paragraphe? L'âme était devenue aussi vile ou plutôt aussi nulle que possible dans ces petits corps de Prussiens élevés comme des bêtes. Heureusement qu'il y a encore des juges à Berlin et qu'ils ont pu faire remarquer au médecin susdit qu'il ne devait pas traiter des êtres humains comme des chiens, ni leur apprendre à aboyer. *Ne appelles animam vilem quam redemit Jesus Christus a morte.* Nous sommes en semaine sainte, pardonnez-moi la citation.

*
* *

On n'en a pas encore fini avec les fabriques de diplômes aux Etats-Unis. D'après un fait divers du *New-York medical Record*, il paraît qu'on a découvert une autre usine de

Un cas d'eczéma général aigu à La Bourboule,

Par le docteur Ad. NICOLAS (1).

Le *prurit* est considéré comme le symptôme pour ainsi dire caractéristique de l'eczéma. La vérité est que beaucoup d'eczémas secs ne sont nullement prurigineux. Dans le cas qui nous occupe, la démangeaison n'est survenue que le neuvième jour de l'éruption; elle fut, d'ailleurs, décisive au point de vue du diagnostic, ainsi que je l'ai dit : pendant notre consultation avec M. Desplats, je faisais remarquer la singularité de cette absence de démangeaison. En ce moment même, on frappa à la porte : c'était Mme X..., qui venait nous annoncer de la part de son mari, qu'il était pris de démangeaisons intolérables; et nous le trouvâmes, en effet, se frottant convulsivement aux draps du lit, ainsi que je l'ai dit.

3° Le *diagnostic* de cette affection n'est difficile qu'à cause de la rareté de l'eczéma aigu généralisé et de la confusion qui existe encore au sujet des dermatoses aiguës générales.

En ce qui concerne les *fièvres éruptives*, l'*érythème* de l'eczéma général aigu se distinguerait de celui de la rougeole et de la scarlatine par son uniformité; de celui de l'érysipèle par sa généralisation et l'absence de bourrelet œdémateux. La *papulation précoce* le distingue de la variole, de la varioloïde et de la varicelle. Les *sueurs* tardives et modérées le distinguent de la suette; l'eczéma qui tarit généralement les sueurs semblerait l'antagoniste de la suette, mais nous avons vu que ce cas fait exception.

Au reste, la courbe discordante du *pouls*, le *calme psychique*, l'*intégrité fonctionnelle* écartent l'idée d'une fièvre éruptive.

En ce qui concerne les *dermatoses aiguës générales*, leur description est tellement variée et incomplète dans les traités classiques que je ne saurais m'y arrêter dans un travail comme celui-ci. Je ne trouve rien qui puisse

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

---

ce genre dans l'Etat de Vermont. Il y a, dans cet Etat, une loi générale pourvoyant à l'organisation de corporations par association volontaire, dans le but d'établir et d'entretenir les institutions scientifiques, charitables, et de bienfaisance et autres Sociétés analogues ayant pour but le progrès du développement moral, intellectuel et spirituel.

Un certain docteur Dutton et sa femme songèrent à profiter de cette loi pour organiser le « Rutland medical College ». Il n'y eut aucune instruction systématique et l'institution ne fut rien autre qu'un moulin à diplômes, pur et simple. Le juge de la cour de l'Etat de Vermont a décidé que le soi-disant Collège n'avait aucune autorité pour conférer des diplômes, de sorte que ce mannequin est éventré. Néanmoins beaucoup d'autres semblables existent encore.

Le *Boston medical and surgical Journal* rapporte qu'il existe à Buffalo une Société qui s'appelle elle-même « Druidic Banchoreion », qui est resté dans la lettre de la loi en donnant des certificats qui n'ont aucune valeur pour les gens instruits, mais qui, auprès des ignorants, passent pour des diplômes médicaux. « L'existence de telles institutions frauduleuses chez nous, dit le journal de Boston, est depuis longtemps connue, mais leur nombre ne l'est que depuis peu, depuis que la diffusion de leurs diplômes sans valeur a été comprise. » Le monde médical sérieux des Etats-Unis s'est ému de cet état de choses, et s'efforce d'y remédier.

Comme on l'a déjà annoncé, les collèges médicaux de Baltimore ont fait parvenir à tous les collèges médicaux des Etats-Unis une circulaire dans le but de réunir une conférence relative à l'éducation médicale qui serait tenue en mai prochain à Nashville,

donner lieu à une confusion dans les caractères de l'*eczéma rubrum généralisé*, du *pityriasis rubra*, ni dans les états mal définis sous les noms de *dermatite exfoliatrice*, *érythème scarlatiniforme*, *exanthème papuleux*, *scarlatiniforme*, etc.

Toutefois je me permettrai ici une observation qui me paraît avoir, dans l'espèce, une certaine importance. Je trouve que l'on abuse des épithètes : *scarlatiniforme, varioliforme*, etc. En un temps où l'hygiène publique tend à sacrifier le sentiment familial à l'intérêt social, en prescrivant la séquestration des maladies contagieuses avant d'avoir suffisamment organisé l'assistance au point de vue de l'isolement, il importe de marquer distinctement les victimes de cette stigmatisation draconienne Une maladie est infectieuse ou elle ne l'est pas Dans le doute, il ne faut pas nommer scarlatiniforme une affection qui n'est pas la scarlatine, sous prétexte que les formes de l'érythème sont telles ou telles. Il n'y a pas de variole sans variole, ni de scarlatine sans scarlatine. Je proposerais aux dermatologistes de remplacer ces épithètes par d'autres qui les valent; par exemple, les analogies d'aspect avec les maladies éruptives pourraient se traduire par les mots : *rubescent*, *érythrescent*, *papulescent*, *pustulescent*, *sudorescent*, etc.

Cette remarque a son importance lorsqu'il s'agit de désinfecter ou de ne pas désinfecter la chambre du malade.

Tout le monde a lu les prescriptions de l'Académie de médecine en ce qui concerne la tuberculose. Elles sont on ne peut plus discrètes en apparence, et conformes aux exigences légitimes de l'hygiène, surtout s'il s'agissait de variole ou de scarlatine. Cependant, comme elles sont grosses de conséquences redoutables, j'ai vu, dans une localité que je ne nommerai pas, un hôtelier réclamer 10,000 fr. d'indemnité à un de mes clients dont la fille avait eu la scarlatine dans l'hôtel, et cependant mon client offrait de renouveler le mobilier et les tentures de l'appartement.

On n'a pas le courage de blâmer l'hôtelier, quand on songe aux conséquences d'une panique dans un hôtel, surtout dans un hôtel de station

---

pendant la session de l'*American medical Association*. Le minimum irréductible qu'on a proposé est le suivant :

1° Des cours durant six mois pendant trois années; 2° l'exposé des titres ou des études antérieures; 3° des examens oraux et écrits; 4° des examens préliminaires en anglais; 5° une instruction acquise dans les laboratoires de chimie, d'histologie et de pathologie.

On peut remarquer en passant que cette circulaire est signée par six collèges médicaux possédant tous la faculté de conférer des diplômes de médecine et tous siégeant à Baltimore. D'après un article publié dans le même numéro du *Medical Record* que celui d'où les renseignements suivants ont été tirés, environ la moitié des 3,500 docteurs diplômés annuellement dans ce pays sortent des grands collèges de New-York, Massachusetts, Pensylvanie et de West. Ces messieurs ont fait leurs études dans d'excellentes conditions et sont reconnus comme appartenant aux membres instruits de la profession. Sans doute, en Europe comme aux Etats-Unis, on admet que cette moitié est digne d'estime et on leur reconnaît volontiers une solide instruction; mais les étrangers voudraient bien savoir aussi ce que valent les 1,750 autres qui ne sortent pas des grands collèges et qui, de temps en temps, honorent l'Europe et l'Australie de leur présence professionnelle. Ceux-ci contribuent beaucoup à discréditer, en Europe, la totalité des médecins américains, et ce sont eux assurément qui ont pesé d'un grand poids dans le jugement défavorable que l'on porte d'habitude sur nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique.

thermale. On jettera bientôt les malades sur la voie publique, et vous savez que la chose s'est vue à Paris et ailleurs.

Mais comment pourrait-on, pendant une saison thermale (je cite les prescriptions académiques):

« 4° Obtenir que les chambres d'hôtel, les maisons garnies, les chalets, les villas, etc., occupées par les phthisiques dans les villes d'eau et les stations thermales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade.

« Ne se servir des objets contaminés par les tuberculeux (linge, literie, vêtements, objets de toilettes, tentures, meubles), qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux. »

Comment pourrions-nous faire renouveler le mobilier et les tentures des chambres d'hôtel, pendant la saison? Qu'entend-on par une désinfection *facilement* et *complètement* r'alisée? Ne sait-on pas qu'une bonne étuve coûte 8,000 fr.?

Je me permets de recommander ces considérations aux hygiénistes qui pourraient songer à renouveler ces prescriptions au sujet des maladies éruptives ou autres, car des prescriptions de ce genre exigeraient, pour être applicables, l'établissement préalable d'une règlementation officielle et scientifique de l'ameublement et de la décoration des chambres d'hôtel, et l'édification, dans toutes les villes thermales ou autres, d'hôpitaux d'isolement convenablement installés en matériel et en personnel.

Je m'excuse de m'être autant étendu sur une question incidente; mais je pense que ces réflexions justifient suffisamment ce que j'ai dit sur la nécessité de préciser les expressions symptomatologiques et diagnostiques dans les dermatoses. La question du départ s'est posée entre mon malade et moi; car, en cas d'hésitation, je lui aurais conseillé de partir, convaincu que je suis, par expérience, qu'il n'y a pas d'inconvénients à faire voyager, pour un court trajet, des varioles, des rougeoles, ni même des scarlatines

---

*
* *

L'alcoolisme fait des ravages de plus en plus grands en Russie. Il est vrai que ce sont les journaux anglais qui le disent, aussi faut-il un peu se méfier de leurs renseignements. Quoi qu'il en soit, il paraît que les recensements annuels de la mortalité, publiés récemment en Russie, apprennent qu'à Odessa seulement il est survenu 300 morts par suite d'intoxication alcoolique. De plus, pendant l'année dernière, dans la même ville, il y eut 167 suicides sur une population de 240,000 habitants. Il semblerait qu'il n'y eût pas, en Russie, de loi capable de mettre un frein à l'intempérance qui acquiert une si large extension parmi les classes ouvrières de ce pays. Ce n'est cependant pas seulement parmi ces dernières que l'ivrognerie existe; les classes plus élevées sont aussi adonnées à cette habitude, et chaque fois que des philanthropes essayent d'arrêter l'intempérance dans la population pauvre, celle-ci s'appuie toujours sur l'exemple des classes supérieures pour trouver une excuse dans sa mauvaise conduite.

*
* *

On sait que beaucoup de personnes dans le peuple et même plus haut admettent que le cou de la femme grossit peu après les premières approches de l'homme. Malgaigne a même écrit à ce sujet : D'autres vont plus loin et prétendent pouvoir reconnaître la virginité par le procédé suivant :

La circonférence du cou prise avec un fil à sa partie moyenne, on double la longueur

au début de l'éruption, et c'était l'opinion formelle de mon confrère, le doc. Danjoy, qui avait eu très souvent l'occasion de prendre un parti dans ces graves circonstances. Toutefois, ces voyages seront plutôt inoffensifs si l'on peut les accomplir dans des conditions de confortable qui, malheureusement, ne sont pas à la portée de toutes les bourses.

4° Au point de vue du *pronostic*, je conçois que l'on puisse être plus réservé que je ne l'ai été. M. Hardy a observé un cas de mort dans l'eczéma général aigu, dont il a donné une des rares observations que nous ayons. Dans ce cas, la mort était due à la congestion pulmonaire et cérébrale démontrée par l'autopsie. On a vu que le poumon s'était congestionné chez mon malade sans qu'il se soit produit de trouble cérébral, même l'obnubilation du délire vague de l'érysipèle facial, qui n'est en réalité, dans les cas bénins, que de la *faiblesse* ou de la torpeur cérébrale. Il est évident que, suivant l'état des forces chez le jeune enfant ou le vieillard, dans les cas où le cœur, malade ou non, participe à l'atonie vasculaire, le pronostic devra être réservé; mais, ici, la *superficialité* de l'exanthème m'a paru une garantie de nature à rassurer dans tous les cas analogues.

5° Au point de vue du *traitement*, il est clair qu'il faut se garder, dans un cas pareil, de médications trop actives. A quoi bon, si les fonctions du cerveau, du cœur, du poumon et de l'intestin sont indemnes? On se bornerait à surveiller ces fonctions et leurs appareils; à maintenir la tonicité du cœur et la liberté du ventre; à prévenir les congestions passives du poumon par les changements de position, etc. On alimenterait légèrement, sans se préoccuper de l'état saburral, autrement que dans le choix des aliments; ni de la température, autrement qu'en surveillant le cœur.

Le sulfate de quinine me paraît indiqué comme tonique, et l'iodure de potassium à doses modérées comme excitateur de la circulation.

On se trouverait bien des lotions phéniquées au centième, plus ou moins généralisées; comme antiseptiques, lorsque les vésicules et les bulles sont ouvertes; comme anesthésiques, lorsqu'il se produit des démangeai-

---

de ce fil, on en fait tenir entre les dents incisives les deux extrémités et l'on embrasse le sommet de la tête avec l'anse qui en résulte. Si le fil passe librement par dessus le vertex, mauvais signe; si au contraire l'anse se trouve trop étroite, on conclut en faveur de la virginité.

M. le docteur H. Labonne, qui peut encore lire les poésies de Catulle et qui nous en recommande la lecture, comme si nous n'étions pas brouillés avec le latin depuis...... y a remarqué ce passage dans le récit des noces de Pelée et de Thétis :

Non illam nutrix, oriente luce, revisens,
Hesterno collum poterit circumdare filo.
Currite, ducentes septemina, currete, fusi.

Ce qu'il veut bien traduire ainsi, pour nous en faciliter l'intelligence :

« Demain au lever de l'aurore, sa nourrice, la venant visiter, ne pourra entourer son cou du même fil qui lui avait servi la veille. Courez, fuseaux, courez et dévidez la trame. »

C'est une preuve de plus, ajoute-t-il, de la fidélité avec laquelle se sont transmises jusqu'à nos jours certaines idées médicales des anciens. Soit, mais elles ne sont peut-être pas d'une exactitude irréprochable, car je connais une jeune dame, mère de quatre enfants, chez laquelle je viens de faire l'expérience, et le fil ne peut passer au-dessus de sa tête. Il est vrai qu'elle a de bien beaux cheveux.

SIMPLISSIME.

sons. Les poudres diverses et les préparations à la cocaïne sont également utiles pour remplir ces indications.

Enfin, les bains simples ou additionnés de sublimé m'ont rendu des services évidents dans la période de desquamation.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE D'ACCOUCHEMENTS, par le docteur A. AUVARD. — Paris, O. Doin, 1890.

Nous sommes heureux d'annoncer l'apparition de ce volume dans lequel les nombreux élèves qu'a formés M. Auvard retrouveront toutes les qualités de l'enseignement de leur maître : clarté, méthode, préoccupation continuelle de l'application pratique.

Chaque chapitre de l'ouvrage est illustré d'un grand nombre de figures, la plupart schématiques, essentiellement capables de faire comprendre d'un seul coup d'œil à l'élève et au praticien, quelquefois un peu oublieux les problèmes les plus difficiles de l'obstétrique. L'inconvénient des figures schématiques est d'être forcément un peu théoriques, aussi M. Auvard y a-t-il substitué parfois de remarquables reproductions de photographies parmi lesquelles nous signalerons celles du placenta.

Certaines pages portent l'empreinte des opinions personnelles de l'auteur; telles sont celles relatives au dégagement des épaules après la sortie de la tête dans la présentation du sommet, au mécanisme de l'accouchement dans la présentation du front.

Inutile de dire que la pratique peut tenir une grande place dans l'ouvrage de M. Auvard et que les opérations obstétricales, la méthode antiseptique sont exposées avec tous les détails désirables.

Ce beau volume ne fait pas double emploi avec les traités magistraux actuellement en cours de publication. Il répond à un autre but et est destiné à devenir le *vade-mecum* de de tous les praticiens. — P. Ch.

DE LA CHORÉE CHRONIQUE, par le docteur S. HUET. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

La chorée chronique, qui existe principalement chez le vieillard et l'adulte, vient d'être étudiée par M. Huet d'une façon complète. Le facteur étiologique le plus important est l'héridité nerveuse, surtout l'hérédité similaire. Elle se distingue de la chorée commune par plusieurs signes, mais a surtout un pronostic grave par suite des troubles intellectuels qu'elle entraîne.

M. Huet a résumé seize observations personnelles et les a rapprochées d'un grand nombre d'observations déjà publiées. Ecrite sous l'inspiration de M. Charcot, sa thèse constitue une monographie très intéressante sur laquelle nous aurons du reste occasion de revenir. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Causes de la récidive locale après l'ablation du cancer du sein. — Heidenhain a examiné au microscope la surface de dix-huit tumeurs après leur ablation aussi large que possible. D'après cet examen, il a porté un pronostic de récidive dans neuf cas : l'un d'eux fut perdu de vue, six eurent une récidive, un autre mourut de métastase avant la récidive. Chez trois autres, la récidive fut déclarée probable, des noyaux cancéreux ayant été trouvés tout près de la surface d'amputation; la récidive survint chez deux malades; chez la troisième, il n'y en avait pas un an après l'opération; enfin, chez six, le pronostic fut porté favorable, et, chez aucun des malades, il n'y eut de récidive.

D'après ces observations, l'auteur attire l'attention sur les points suivants : 1° la minceur, et, spécialement chez les femmes grasses, les limites mal définies du fascia pectoralis, et l'impossibilité de l'enlever sans comprendre en même temps une couche du

muscle pectoral; 2° la mamelle, chez les sujets maigres, est entièrement, et, chez les sujets gras, en partie en contact avec l'aponévrose pectorale et le muscle sous-jacent, aussi peut-on facilement laisser des portions de la glande dans l'opération; 3° toute mamelle dans laquelle il existe des noyaux cancéreux est probablement malade dans son entier; des cellules épithéliales peuvent être transportées à distance par les lymphatiques mammaires; probablement quelques récidives partent des acinis qui ont été laissés dans la plaie. 4° Dans le tissu graisseux rétro-mammaire courent d'habitude des lymphatiques avec les vaisseaux sanguins; dans les deux tiers des cas, on trouve dans ces lymphatiques de nombreuses métastases microscopiques. 5° Ordinairement le muscle grand pectoral n'est pas envahi par le cancer. Si la masse cancéreuse est librement mobile sur lui, il devient infecté par extension d'un noyau cancéreux dans le fascia ou directement de la tumeur principale; alors le cancer s'étend dans le muscle le long des lymphatiques. 6° Les cellules épithéliales sont probablement transportées dans les vaisseaux lymphatiques du muscle par les mouvements musculaires.

De ces observations, l'auteur conclut que, afin de se mettre autant que possible à l'abri des récidives, il faut, dans les cancers mobiles, enlever toute la surface du muscle pectoral, seule manière d'enlever tout le fascia, et sectionner les vaisseaux aussi profondément que possible dans le muscle. Si le cancer n'est pas mobile, il faut enlever tout le muscle pectoral ainsi que le tissu cellulaire sous-jacent. Le professeur Küster a démontré que l'ablation totale du muscle pectoral n'est nullement difficile et que la guérison n'en est pas influencée, sauf peut-être en ce qui concerne les mouvements du bras. Naturellement il faut, dans tous les cas, enlever les ganglions lymphatiques et le tissu circonvoisin. (*Arch. f. Klin. chir.*, vol. 39, p. 96.)

Nos lecteurs reconnaîtront facilement que toutes ces propositions ont déjà été, depuis plusieurs années, émises en France, en particulier au Congrès français de chirurgie de mars 1888. — Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

Séance du 28 mars 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Joffroy appelle l'attention sur un cas grave de délire avec agitation maniaque observé pendant l'influenza, ayant duré deux semaines et s'étant terminé rapidement par la guérison.

Un homme de trente-quatre ans, bien portant, sobre, d'un tempérament nerveux très impressionnable, et présentant un léger degré de strabisme, est atteint subitement au mois d'octobre dernier, d'une fièvre très vive, avec céphalalgie intense. En même temps on note un mal de gorge léger et une légère éruption scarlatiniforme.

Le médecin du malade pensa d'abord à une scarlatine, surtout à cause de l'élévation de la température, mais le peu d'intensité de l'angine, l'absence d'albuminurie à aucun jour de la maladie, la desquamation réduite à une exfoliation épidermique furfuracée, s'expliquant peut-être autant par les sueurs abondantes que par l'éruption, éloignèrent rapidement l'idée de ce diagnostic et firent songer à une fièvre typhoïde. Mais c'est en vain qu'on chercha les taches rosées lenticulaires, le gargouillement de la fosse iliaque, etc. On pensa alors à une méningite; M. Joffroy fut appelé à voir le malade à ce moment, mais suspendit son diagnostic, et ce ne fut que plusieurs semaines plus tard que, instruit par l'observation d'autres cas graves d'influenza, il comprit à quelle affection il avait eu affaire.

Au moment où M. Joffroy vit le malade, il avait une perte absolue de mémoire, ne se souvenait absolument de rien, ni des actes récents, ni des actes anciens, méconnaissait ses parents les plus proches, prenait pour ses amis des personnes qu'il voyait pour la première fois, ignorait s'il faisait jour ou nuit.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Par moments, il était plongé dans un mutisme absolu, mais souvent, par contre, il chantait des refrains populaires, ou bien parlait comme s'il se livrait à certaines occupations professionnelles. Souvent alors, voulant joindre l'acte aux paroles, il sortait de son lit pour agir par lui-même. Jamais dans son délire il n'a présenté de fureur, et c'est toujours avec facilité qu'on le faisait se recoucher quand il s'était levé ou bien qu'on le décidait à prendre ses médicaments. Parfois, il a eu des terreurs, avec crainte d'être tué. Il est difficile de dire s'il avait ou non des hallucinations de la vue ou de l'ouïe.

Ces troubles, à l'inverse de ce qui s'observe dans la fièvre typhoïde, furent pendant plus d'une semaine presque aussi accusés pendant le jour que pendant la nuit. Ils durèrent deux semaines, et pendant tout ce temps, la température resta fort élevée, au voisinage de 40° ou même les dépassant, malgré l'usage à doses élevées de sulfate de quinine et d'antipyrine.

La parole du malade présentait aussi certaines modifications importantes, elle était brève, saccadée et parfois embarrasssée comme dans certains cas de paralysie générale.

En présence de ces accidents, on pouvait craindre que, si le malade guérissait, il ne conservât des troubles permanents ou très prolongés de l'intelligence.

Il n'en fut rien. La fièvre disparut le dix-huitième jour de la maladie, et avec elle le délire — peu à peu, et en quelques jours, la mémoire revint, et avec elle l'intelligence dans toute son intégrité, à ce point que, trois semaines après cette grave maladie, le malade put reprendre toutes ses occupations habituelles sans conserver aucun vestige notable de troubles mentaux si graves. Il y a là une différence d'autant plus frappante avec ce qui se passe après la fièvre typhoïde que, pendant sa durée, ce délire présentait une plus grande analogie avec le délire typhique.

M. Joffroy rappelle que, pendant la dernière épidémie d'influenza, on a observé les névralgies les plus diverses ; pas un nerf, on peut le dire, n'a été épargné.

Chez deux malades j'ai observé, à la suite de névralgies cervico-brachiales, une atrophie musculaire évidente et des symptômes tels que l'existence d'une névrite était hors de doute. A quoi pouvait-on attribuer la névrite dans ces conditions?

On peut admettre qu'il existe une méningite spéciale, qui produirait d'une part, par son action irritative sur les racines nerveuses, les douleurs si intenses de l'influenza, d'autre part, par une persistance plus marquée en certains points, déterminerait la névrite. Cette hypothèse s'appuierait sur des autopsies de sujets morts de pneumonie grippale, autopsies dans lesquelles existaient des plaques de méningite cérébrale limitée.

On pourrait encore admettre qu'il s'agit de névrites infectieuses, comparables à celles qu'on observe dans différentes affections toxiques.

M. Sevestre dit que la grippe dans l'enfance peut donner lieu à des symptômes qui simulent jusqu'à un certain point la méningite; or, avec un peu d'attention, on pourra éviter l'erreur par l'examen du malade et se prononcer au cours de la maladie. Si la céphalalgie, le grincement de dents, le mâchonnement, si le coma ou l'agitation, si la constipation et les vomissements peuvent faire penser à la méningite, par contre, on devra tenir compte du mode de début et aussi des caractères de la fièvre qui ne sont pas du tout ce que l'on observe dans la méningite ordinaire.

M. Sevestre lit deux observations dans lesquelles l'invasion brusque, la franchise d'allure de la fièvre, jointe à l'existence de l'épidémie, lui ont permis de formuler légitimement le diagnostic : grippe compliquée.

— M. Huchard estime qu'on peut classer les différentes formes de la variole de la manière suivante : 1° Les *varioloïdes*, caractérisées par l'atténuation de la fièvre suppurative; 2° les varioles *discrètes*, caractérisées par un nombre restreint de pustules à la face; 3° les varioles *cohérentes*, dans lesquelles les pustules sont pressées les unes contre les autres sans se confondre; 4° les varioles *confluentes*, dans lesquelles la confluence se fait dès le commencement de la période de l'éruption; 5° les varioles *hémorrhagiques d'emblée;* 6° les varioles *hémorrhagiques secondaires.*

Cette classification permet de formuler les conclusions suivantes au point de vue du

pronostic : Les varioles confluentes et hémorrhagiques d'emblée sont toujours mortelles; les varioles hémorrhagiques secondaires et cohérentes sont graves sans être toujours mortelles; les varioles discrètes peuvent devenir graves par certaines complications, mais elles guérissent le plus souvent; les varioloïdes guérissent toujours.

— M. Troisier présente les pièces d'un cancer de la capsule surrénale gauche, avec cancer secondaire du rein; il y a eu pendant la vie plusieurs hématuries; ce cancer s'est propagé à la chaîne ganglionnaire prévertébrale et au canal thoracique. Il existait, en outre, une lymphangite pulmonaire généralisée, des noyaux cancéreux secondaires dans les poumons; les ganglions bronchiques étaient dégénérés.

Le malade avait expectoré, quelques jours avant sa mort, un débris de ganglion cancéreux. On trouvait enfin, chez lui, un ganglion sus-claviculaire gauche.

Ce cas confirme les précédentes communications de M. Troisier sur la propagation du cancer par la voie lymphatique.

FORMULAIRE

Solution contre la phthisie laryngée. — Morell-Mackensie.

Alun, tannin ou sulfate de zinc...	de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 centigr.
Teinture d'opium................	25 gouttes.
Eau distillée....................	40 grammes.

Faites dissoudre. — Avec cette solution, on pratique de fréquentes pulvérisations, afin de combattre localement la phthisie laryngée. S'il y a lieu de toucher directement avec le pinceau, l'auteur emploie de préférence à tout autre remède le perchlorure de fer (4 grammes pour 30 grammes d'eau ou de glycérine). — Le docteur Coupard se sert de l'huile de genévrier pendant la période catarrhale. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des Fêtes de PAQUES l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 8 Avril 1890.

Internat des hôpitaux de Paris. — *Banquet de l'internat.* — Ce banquet aura lieu, le samedi 12 avril, à sept heures, salle Kriégelstein, rue Charras (derrière l'Opéra). Le dîner sera servi par la maison Charvin. Le prix de cotisation reste fixé à 20 francs pour les anciens internes, et à 16 francs pour les internes en exercice. — Envoyer les souscriptions à M. le docteur E. Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges, Paris.

Association amicale des internes et anciens internes. — L'assemblée générale annuelle aura lieu, sous la présidence de M. le professeur Hardy, le samedi 12 avril, à cinq heures, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Antoine.

Les types cliniques du cancer de l'estomac.

Causeries cliniques par le docteur TAPRET, recueillies par le docteur G. BUDOR.

Messieurs,

Dans le courant de cette année ont passé sous nos yeux un certain nombre de cas de cancer de l'estomac, et comme, plusieurs fois, nous avons suivi jusqu'au dénouement les phases de la maladie, vous avez pu vous rendre compte des réserves imposées au diagnostic à tous les moments de l'évolution.

Certes, depuis le jour où Morgagni et mieux encore Baillie ont distrait les tumeurs malignes du groupe des dyspepsies, l'attention des auteurs n'a cessé de se porter sur ce point, et bien des progrès ont été accomplis.

A un moment même, après que des observateurs comme Louis, Andral, Cruveilhier, Brinton, Trousseau nous eurent tracé de main de maître l'histoire du cancer, on aurait pu croire qu'il ne restait rien à y ajouter.

Mais nous vivons dans un siècle où la science marche à pas de géant, où la vérité d'hier, si elle ne devient pas l'erreur de demain, perd souvent à

FEUILLETON

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE.

PATHOLOGIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ÊTRES ORGANISÉS, par le docteur A. BORDIER, professeur de géographie médicale à l'Ecole d'anthropologie.

Avant tout, essayons de faire connaître l'esprit général de l'ouvrage intéressant dont nous avons à rendre compte et dont le titre est déjà une révélation. La pensée compréhensive et personnelle de notre confrère est très manifeste dans les lignes qui suivent : « ... Qu'il s'agisse, dit l'auteur, des caractères anatomiques, des manifestations sociologiques ou des phénomènes pathologiques, on ne comprend qu'imparfaitement leur valeur, si on ne les étudie pas à la fois chez les différentes *races d'hommes* comparées entre elles et chez les hommes en général comparés aux autres *animaux*. Les phénomènes biologiques primordiaux d'ordre physiologique ou pathologique doivent en outre être étudiés comparativement chez les *animaux* et chez les *végétaux*; c'est dans cet esprit que j'ai donné pour titre à ce livre : *Pathologie comparée de l'homme et des êtres organisés.* »

Mais l'auteur n'a pas eu la prétention d'écrire un traité didactique de pathologie comparée. Une pareille entreprise serait prématurée ; la pathologie des animaux et celle des végétaux sont encore loin d'être suffisamment connues. C'est plutôt « l'esprit de la patho-

tout le moins beaucoup de son importance; c'est ce qui est arrivé pour le cancer.

Les nouvelles méthodes d'investigation à peine ébauchées il y a vingt ans, et qui ont pris aujourd'hui un si grand développement, nous ont prouvé l'insuffisance des notions léguées par nos devanciers; elles nous ont montré les points restés dans l'ombre, les lacunes à combler, en même temps qu'elles nous mettent entre les mains des éléments grâce auxquels, sans doute, la lumière ne tardera pas à se faire. De tous côtés, l'on travaille avec ardeur.

Pendant que l'anatomie pathologique cherche à nous édifier sur l'origine du cancer, sa nature intime, son mode de développement, sa genèse, en un mot, la chimie biologique entre en ligne à son tour : les uns, et c'est le plus grand nombre, suivant l'impulsion donnée par Van der Velden, Ewald, Debove, Germain Sée, Hayem, s'attaquent aux fonctions même de l'organe et s'efforcent de trouver, dans l'analyse de ses produits de sécrétion, un élément caractéristique. D'autres, et leur opinion semble moins bien fondée, à l'exemple de Rommelaere, font un critérium du dosage des déchets organiques fournis par les principaux émonctoires de l'économie. Demain peut-être, grâce aux progrès chaque jour accomplis en électricité, nous verrons l'endoscopie appliquée à l'étude des affections stomacales.

Quoi qu'il en soit, plusieurs de ces données nouvelles ont un double intérêt, fournissant un sérieux appoint au diagnostic et nous ouvrant une voie de traitement rationnel d'une affection dont la thérapeutique était jusqu'ici restée presque entièrement du domaine de l'empirisme. Elles réalisent donc un véritable progrès, mais le dernier mot n'est pas dit encore, et le cancer, avec sa complexité d'allures, demeure souvent difficile à dépister.

C'est qu'en effet, à côté de ces cas classiques en quelque sorte, forme commune où la maladie revêt une physionomie qui la fait aisément reconnaître, se placent ceux non moins nombreux, non moins intéressants dans lesquels l'un des symptômes, prenant la première place, détourne à son

---

logie qu'il s'attache à définir, ses prétentions légitimes qu'il essaye d'appuyer sur des faits observés, ses tendances dans l'avenir... Il m'a semblé, ajoute-t-il, que le seul travail actuellement réalisable devait consister à se placer à un point de vue impartial au milieu des règnes, des genres, des espèces, des races, des tempéraments, des individus, à éclairer d'une même lumière tous les phénomènes pathologiques observés à cette distance équitable et à les rattacher à un certain nombre de lois générales ».

Le point de départ du travail consciencieux que nous avons sous les yeux est le suivant : « Qu'il s'agisse de l'homme, d'un zoophyte ou d'une plante, les phénomènes biologiques les plus compliqués et les plus élevés sont réductibles aux fonctions de l'organisme élémentaire, la *cellule*, ce corps simple de la biologie, et, en fin de compte, aux propriétés de la matière élémentaire qui sert partout de *substratum* à la vie, le *protoplasma*.

« Comme en outre les phénomènes pathologiques ne sont pas, après tout, d'une autre nature que des phénomènes physiologiques, la première partie de ce livre est consacrée à l'étude comparée des phénomènes d'irritabilité protoplasmatique et de nutrition cellulaire dans toute la série des êtres vivants.

« Chez les uns comme chez les autres, l'étude primordiale doit être celle du *milieu intérieur* dans lequel sont baignées les cellules, qui sert de théâtre à tous les phénomènes intimes de nutrition, et de la nature chimique duquel dépendent la direction prise dans chaque être par la métamorphose biologique des principes immédiats, ainsi que la disposition à subir les maladies ou au contraire à leur échapper. »

profit l'attention du médecin, et donne à la maladie une allure des plus insolites, partant des plus trompeuses.

Et ce n'est pas tout : à ces types aussi variés que les signes mêmes du néoplasme viennent s'ajouter — la chose n'est pas très rare — les faits dans lesquels le mal, tantôt reste absolument latent par une sorte de tolérance, j'allais dire d'indifférence gastrique, tantôt, au lieu d'emprunter tout ou partie de ses manifestations à l'estomac, se traduit par des phénomènes absolument étrangers à cet organe, revêt le masque de telle ou telle affection chronique avec ou même sans localisation abdominale.

Voilà, Messieurs, ce que vous rencontrerez à chaque pas, et cette seule énumération suffit à vous faire entrevoir de quelles difficultés est entouré le sujet que je veux aborder avec vous, l'étude clinique du cancer de l'estomac.

Premier type : *Forme commune. — Cancer du pylore.* — Pour prendre une idée de ce que j'appelle la forme ordinaire du cancer, nous ne saurions mieux faire que de nous reporter à l'histoire de ce malade qui occupait, il y a peu de temps, le n° 12 de notre salle Broussais.

Cet homme, vous vous en souvenez, avait toujours mené une existence fort régulière (je n'ai pas besoin de vous dire qu'il n'en est pas toujours ainsi), faisant à de rares intervalles quelques excès de boisson, car il appartenait à cette catégorie d'individus qui ne *peuvent boire* sans en être aussitôt incommodés. Aussi portait-il bien ses 60 ans, lorsque, en l'absence de toute cause appréciable, il vit progressivement son appétit diminuer; son estomac, jusqu'alors excellent, et que, pour employer une locution populaire, « il n'avait jamais senti », « le gênait » chaque jour davantage.

Quelques semaines ne s'étaient pas écoulées qu'il commençait à éprouver pour certains aliments, particulièrement la viande, un dégoût assez prononcé. Tout ce qu'il mangeait lui semblait avoir la même saveur désagréable; les digestions, lentes, pénibles, d'abord au repas du soir (il en est souvent ainsi), s'accompagnaient de pesanteur épigastrique, de ballonnement de l'estomac, d'éructations et de flatulences. Les garde-robes, de plus en plus

---

Après cette claire et large exposition, après une application rapide et appropriée du *déterminisme* de Cl. Bernard, puis un mot sur la grande part donnée avec raison dans ce livre aux travaux de Pasteur, « qui ont complètement transformé la pathologie, et, montrant que les tissus de l'animal, de l'homme ou du végétal sont équivalents pour les parasites grands et petits, ont fait pénétrer dans la science médicale, à la place de la métaphysique des diathèses, du génie épidémique, de la coction des humeurs, etc., des habitudes de *matérialisme scientifique*, qui manquaient depuis trop longtemps aux médecins », après des considérations décisives sur l'identité, « dans toute l'échelle biologique », des néoformations cellulaires, des processus pathologiques, des « phénomènes d'intégration moléculaire et d'évolution des principes immédiats », l'auteur aborde la première partie de son livre, à laquelle il a fait allusion plus haut.

Il expose successivement : I. Le milieu intérieur, qui décide, suivant ses états précis et *déterminés*, de tous les phénomènes physiologiques et pathologiques, et dont, par suite, l'étude est la clef de la pathologie comparée. « Il y a entre tous les êtres vivants une réelle communauté, une profonde identité devant la maladie, qui tiennent à l'identité de la matière première de la vie chez tous les êtres. » — II. La matière de la vie. « Entre la matière minérale et la matière organique, il n'existe point d'autre différence que le mode de groupement et l'instabilité moléculaire. » Tout ce chapitre a pour objet de démontrer les rapports naturels de ces deux matières dans toutes leurs manifestations, en s'appuyant sur les expériences si curieuses de Trécul, Gautier, Charles Brame (de Tours), Wœhler, Monnier, Vogt, Hollmann, Traube. « Les pierres vivent,

rares, achevaient de témoigner de la perturbation apportée aux fonctions digestives. Pourtant, la langue restait nette, et, sachez-le, Messieurs, ce seul fait d'une langue normale, alors qu'il existe des troubles gastriques marqués, devra toujours éveiller vos craintes.

Au résumé, notre malade présentait les symptômes de la dyspepsie, et quelques-uns d'entre vous peuvent se souvenir que, lorsqu'il est venu une première fois nous trouver, devant ces troubles digestifs encore vagues, sans perte des forces, sans modification appréciable de l'état général, en l'absence de toute hérédité cancéreuse connue, nous avons porté un pronostic plutôt favorable, tout en faisant certaines réserves commandées par l'âge du malade aussi bien que par l'apparition tardive d'accidents gastriques chez un homme jusque-là bien portant; ce qui nous remettait en mémoire cet aphorisme de mon regretté maître Lasègue : « Passé 45 ans, on n'a pas le droit d'avoir une affection simple de l'estomac si l'on n'en a pas souffert auparavant. »

Ne perdez pas de vue, Messieurs, cette dyspepsie trompeuse qui, sous des formes variées, gêne épigastrique et douleur légère chez l'un, renvois nidoreux ou acides, envies de vomir après le repas chez un autre, sentiment de plénitude, anorexie plus ou moins prononcée chez un troisième, se montre presque constante à l'entame des affections néoplasiques. Nous verrons plus tard que cette fréquence même tend à la faire considérer aujourd'hui, non plus toujours comme un simple trouble concomitant, mais souvent comme l'expression d'une gastrite, premier acte de la tragédie dont le cancer doit être le dénouement.

Bientôt, du reste, sont apparus de nouveaux phénomènes déjà plus capables de nous faire songer à une affection grave. Lui qui ne buvait que par exception, il eut le matin, comme un alcoolique avéré, des pituites composées d'un liquide clair et filant, se faisant facilement, sans effort (régurgitation des eaux du cancer).

A partir de ce moment, malgré quelques rémissions obtenues par le lavage quotidien de l'estomac auquel nous avions adjoint l'emploi des

---

disait Cardan, au XVIe siècle, elles souffrent même la maladie, la vieillesse et la mort. » L'auteur résume les travaux de ces savants et les développements dont il les a fait suivre par ces mots : « La vie n'est qu'une forme de la matière, et, comme Cl. Bernard l'a formulé lui-même, il n'y a pas plus de *principe vital* qu'il n'y a de *principe minéral*, c'est-à-dire d'*entité distincte des phénomènes eux-mêmes*... Cl. Bernard dit encore : La science des phénomènes de la vie ne peut avoir d'autre base que la science des phénomènes des corps bruts. » Le savant professeur de chimie du Collège de France, M. Schützenberger, a émis les mêmes idées. (Voyez UNION MÉDICALE, 8 mars 1890, p. 357.) — III. LE PROTOPLASMA. « Il n'y a point de différence, à proprement parler, entre tous les êtres vivants, parce que tous, animaux ou végétaux, sont faits d'une même substance, toujours identique à elle-même. « Il existe, dit Huxley, une substance commune à tous les êtres vivants, et leurs infinies variétés sont dominées par une unité non seulement idéale et théorique, mais encore réelle, physique et matérielle. » Cette substance, c'est le *protoplasma*, « base physique de la vie »; c'est la seule forme sous laquelle la matière jouisse de la faculté de se nourrir, de se reproduire, de se mouvoir, de cet ensemble de propriétés qui constitue la *vie*. Dans tous les êtres vivants, c'est cette substance qui représente la seule partie véritablement vivante de l'organisme... Chez les animaux comme chez les végétaux... la matière première de la vie est la même ; cette identité matérielle explique nécessairement l'identité fondamentale des phénomènes biologiques, et par suite celle des phénomènes pathologiques... » — IV. LA CELLULE. Elle est l'organe élémentaire, comme le protoplasma est le tissu élémentaire ; comme lui, elle est

amers et des alcalins, aux accidents dyspeptiques a succédé une période que l'on pourrait appeler *de transition*.

L'état général, assez bon jusqu'ici, s'est altéré peu à peu; l'amaigrissement, la perte des forces ont fait des progrès d'autant plus rapides que l'alimentation était devenue insuffisante, et cela moins parce que la douleur permanente, mais très modérée produite par l'ingestion des aliments y mettait obstacle, qu'en raison de l'apparition d'un nouveau symptôme : le vomissement.

Bien que l'intolérance gastrique ne fût nullement comparable à celle que nous rencontrerons dans quelques cas spéciaux, le malade rendait maintenant à peu près régulièrement tous les deux ou trois jours; et dans ces vomissements toujours très abondants, tantôt fétides, tantôt seulement d'odeur fade, grâce à la présence d'une notable quantité de bile dont vous connaissez l'action antifermentescible et par suite le pouvoir désinfectant, il était facile de retrouver quelques-uns des aliments ingérés depuis plusieurs jours, voire même une semaine. Remarquez que je dis quelques-uns et non pas tous, car maintes fois nous avons constaté que certaines substances (celles surtout que le malade prenait avec plaisir) étaient complètement digérées lors même qu'elles avaient été absorbées peu de temps avant que l'estomac se vidât de son contenu.

Ce caractère *électif* des vomissements, comme on l'a justement appelé, était intéressant à noter, bien qu'il ne soit pas absolument spécial au cancer. Vous verrez, en effet, nombre de malades souffrant de troubles gastriques qui rejettent tout ce qu'ils prennent, sauf les aliments pour lesquels ils ont un goût prononcé, et c'est ce fait d'observation ancienne qui a donné naissance au dicton : « Ce qu'on mange volontiers ne fait jamais de mal. »

De même qu'il y a des mets pour exciter la sécrétion salivaire, solliciter l'appétence buccale, d'autres semblent exercer sur l'estomac une action analogue, activant la production du suc gastrique, en modifiant les pro-

---

partout la même; l'utricule végétale ne diffère pas de la cellule animale; dans toute cellule la constitution est la même; partout on y rencontre une enveloppe, un noyau et un nucléole; partout le même mode de nutrition, de reproduction... « La cellule primordiale qui constitue l'œuf et qui fut notre première forme à tous, est partout la même, et la cellule qui sera un *éléphant* n'est pas plus grosse que celle qui deviendra une *souris*; elles ne diffèrent, ni l'une, ni l'autre, de celle qui sera un jour si justement fière de son titre d'*homme*... Il est bien démontré aujourd'hui, ajoute l'auteur, que la cellule est le *corps simple* de la biologie, et que les animaux, comme les végétaux, ne sont que des fédérations d'éléments anatomiques... » Ces considérations amènent naturellement des faits dignes d'attention et quelques remarques sur l'indépendance de la cellule, où « les phénomènes intimes de nutrition, qui sont la base de la vie cellulaire, se passent dans chaque territoire, dans chaque région, dans chaque organe, dans chaque cellule, avec une pleine autonomie... »

Je voudrais pouvoir suivre jusqu'au bout en l'analysant, même sommairement, le développement donné par notre confrère à son exposé des lois générales de la pathologie et de la biologie comparées. Mais sur le terrain où je suis placé ici, je ne puis fournir que de simples indications.

On lira avec profit les sujets suivants : Uniformité de la nutrition chez les êtres vivants, la greffe, importance de l'eau, la reviviscence, identité de la respiration chez les animaux et les végétaux, la chlorophylle, qui n'appartient pas exclusivement aux végé-

priétés. La chose est d'autant plus probable que souvent les substances que conserve le malade figurent au nombre des plus indigestes.

Quoi qu'il en soit, l'abondance des vomissements, l'intervalle assez long qui les séparait, la fétidité qu'ils présentaient souvent et qui à elle seule nous indiquait des fermentations dues à un séjour prolongé dans la cavité gastrique, tout cela devait nous faire soupçonner une dilatation de l'estomac sur l'existence de laquelle la sonorité exagérée, le clapotement, le glou-glou, l'auscultation stomacale suivant le procédé de Bouchard, ne pouvaient guère laisser de doutes. De là à considérer, ne fût-ce qu'en raison de l'âge du malade, cette dilatation comme fonction d'une tumeur maligne, il n'y avait qu'un pas, et nous ne devions guère tarder à le franchir.

Une première notion importante allait nous être fournie par l'examen du contenu de l'estomac, alors que sans nous occuper de ces éléments figurés, cellules cancéreuses autrefois considérées à tort comme spécifiques, des ferments vulgaires, sarcines ou autres, non plus que des microbes pathogènes sur la nature desquels on ne possède encore aucune notion précise, nous allions analyser les liquides gastriques, étudier leur composition, évaluer leur teneur en HCl.

A plusieurs reprises, à l'aide de divers réactifs, rouge du Congo, violet de méthyle, tropéoline, vert brillant, phloroglucine-vanilline, nous avons interrogé et les matières vomies et le suc gastrique extrait directement de l'estomac. Chaque fois, avec quelques variations insignifiantes, nous avons noté une diminution marquée de l'HCl ; la preuve, il est vrai, n'est pas irréfutable, le même fait pouvant se produire, quoique plus rarement, dans diverses maladies gastriques, alors que le cancer est quelquefois compatible avec une proportion normale ou même exagérée d'HCl. D'autre part, le professenr Hayem vient de montrer que, quand bien même cet acide fait défaut en apparence, en raison de l'insuffisance des procédés ordinaires, il existe souvent, mais combiné aux albuminoïdes qui en masquent la présence. Enfin, diverses causes, sudation exagérée, urines abondantes, apparition des règles, etc., sont susceptibles de faire varier l'acidité gas-

---

taux, les métamorphoses de la matière, les principes immédiats, identité de la localisation moléculaire chez tous les êtres, par exemple, « la connaissance puisée dans la *pathologie comparée* de la localisation de l'*argent* dans le *foie* et dans la *peau*, comme de la localisation du *plomb* dans le *cerveau* et celle de l'*arsenic* dans le *foie*, permet de reconnaître dans un organe douteux (en zoologie), si sa fonction est hépatique ou cérébrale... », la reproduction acte nutritif, action de la lumière, de la chaleur, de la pression atmosphérique, équivalence des procédés digestifs chez tous les êtres, motilité et sensibilité, lois générales de la pathologie comparée, déterminisme matériel de l'aptitude et de l'immunité morbides, aptitudes et immunités du nègre et du blanc, familles pathologiques, critérium pathologique des métis, analyse pathologique de la France. « La pathologie comparée des races humaines fournit ici des caractères aussi tranchés que ceux de la taille ou de la couleur des cheveux. »

Après l'exposé qui précède, l'auteur est entré dans l'étude « non de toutes les maladies en particulier, mais au moins de quelques-unes des principales, de celles qui mettent le mieux à même d'apprécier l'égalité de tous les êtres, même de ceux qui en apparence diffèrent le plus les uns des autres, sous le joug commun des lois pathologiques, en même temps que la diversité apportée par les caractères d'espèce, de race ou même d'individu dans cette commune soumission. »

Se plaçant au point de vue de la vie des *éléments anatomiques*, l'auteur étudie successivement :

trique, cependant, en dépit de toute ces restrictions, l'hypochlorhydrie notable et plusieurs fois constatée ne devait pas peu contribuer à nous inquiéter.

Du reste, Messieurs, en dehors de toute considération diagnostique, l'ectasie stomacale, les modifications du suc gastrique nous imposaient une nouvelle ligne de conduite. Désormais, outre la dyspepsie, nous avions à traiter la dilatation : l'empêcher de s'accroître, nous opposer le plus possible à la stagnation et par suite à la décomposition des aliments dans la cavité gastrique, favoriser la digestion en rendant au suc gastrique les qualités qu'il avait perdues, telles étaient les indications qui s'imposaient. La première se trouvait tout naturellement remplie par l'application du régime sec tel qu'il a été si remarquablement institué par le professeur Bouchard. A la seconde répondait l'emploi des strychnés pour réveiller la contractilité stomacale. Enfin nous devions prescrire une alimentation exclusivement composée de substances facilement assimilables, en aidant encore l'estomac, et par l'emploi de pepsine, d'HCl et, à l'exemple de Brown-Séquard, d'éléments peptogènes, pour préparer la muqueuse gastrique.

Ainsi dirigé, le traitement parut, en effet, donner tout d'abord les meilleurs résultats; un répit assez prolongé, pendant lequel l'acidité gastrique était redevenue presque normale, ne tarda pas à se produire.

Cependant, un nuage persistait à l'horizon. Bien que ne souffrant plus, mangeant mieux, vomissant moins, le malade, s'il avait cessé de dépérir, ne reprenait ni forces ni embonpoint. La pâleur des téguments, qui existait depuis longtemps déjà, s'accentuait de jour en jour et tournait à la teinte jaune-paille. Il y avait là déjà quelque chose de suspect, voici qui l'était plus encore : l'apparition des vomissements de sang.

Vous savez de quelle importance ils sont dans le cancer stomacal.

Dus le plus souvent à la congestion de la muqueuse au voisinage du néoplasme, venant d'autres fois du cancer lui-même ulcéré ou très vasculaire (cancer hématode), ils existeraient, au dire de Brinton, 42 fois sur 100 cas, et cette proportion n'a rien d'exagéré.

1° *Les maladies dues à une simple perversion dans la nutrition des tissus;*

2° *Les maladies dues au dépôt d'une substance toxique dans les tissus;*

3° *Les maladies dues à des parasites, microbes ou parasites plus élevés dans la série zoologique.*

Nous recommandons la lecture de cette seconde partie de l'œuvre, pleine de faits nouveaux et d'idées originales, qui constituent un utile enseignement au niveau des progrès de la science. L'auteur a eu le talent de donner à ses descriptions, outre l'intérêt scientifique, un véritable intérêt de curiosité, qui n'est pas moins instructif. Dans ce travail — et c'est un grand mérite — la maladie, dégagée autant que possible de l'hypothèse, est recherchée au plus profond des organes et des tissus, donnant l'espoir d'un grand progrès ultérieur dans l'art de guérir. Du reste, le titre de l'ouvrage est pleinement justifié, car l'auteur a bien réellement fait appel à tous les êtres vivants dans ses rapprochements et ses comparaisons biologiques et pathologiques.

On peut signaler d'une manière particulière les chapitres suivants : *Les microbes et le transformisme*; *Parasites non microbiens; Du parasitisme en général*, dont la matière a été visiblement, pour notre confrère, l'objet d'une étude favorite.

La conclusion adoptée par l'auteur est charmante; je ne puis me dispenser de la reproduire; elle est empruntée à Montaigne : « Qu'on me fasse entendre, dit le philosophe, sur quels fondements l'homme a bâti ces grands avantages qu'il pense avoir sur les autres créatures. Qui lui a persuadé que ce bransle admirable de la voûte céleste, la

Or, deux mois ne s'étaient pas écoulés depuis son entrée à l'hôpital, que notre malade eut pendant une journée des vomissements noirs, composés de sang en partie digéré, et rappelant, selon les expressions consacrées, l'aspect de la suie ou du marc de café, vomissements qui, dès lors, se reproduisirent plusieurs fois à intervalles variables.

Je dois ajouter que presque toujours, en même temps, nous avons constaté la présence du sang dans les selles, et je n'ai pas besoin de vous rappeler que parfois même il peut s'éliminer en entier par cette voie ; ces cas de melœna sans hématémèse sont assez fréquents ; ne l'oubliez pas si vous voulez éviter de localiser dans l'intestin une lésion dont l'estomac sera le véritable siège. *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX

Traitement abortif de la blennorrhagie. — M. le docteur MALÉCOT vient de faire à la Société de médecine pratique une communication destinée à remettre en honneur le traitement abortif de la blennorrhagie. Après sept ans d'expérimentation, il s'est arrêté : 1° à l'emploi répété de solutions faibles de nitrate d'argent mises en contact avec tout l'urèthre antérieur au moyen de la sonde à instillation ; 2° à l'application pratique des procédés antiseptiques.

M. Malécot considère les solutions fortes de nitrate d'argent comme dangereuses, si leur emploi est répété plusieurs jours de suite, car elles provoquent souvent des douleurs vives, des écoulements de sang, et il y a tout lieu de craindre que leur action trop énergique ne compromette ultérieurement l'élasticité du canal. D'autre part, avec la seringue à piston on s'expose ou bien à forcer le sphincter uréthral et à injecter inutilement le caustique dans la vessie, ou à pousser trop mollement et alors ne point atteindre toute la partie envahie de l'urèthre. Mieux vaut se servir de l'instillateur à boule olivaire que l'on conduit jusqu'au sphincter musculaire qui sépare l'urèthre antérieur de l'urèthre postérieur. La sensation de résistance spéciale qui est alors perçue sert de point de repère et indique que la sonde est arrivée assez loin. La blennorrhagie simple n'envahit généralement que l'urèthre antérieur et s'arrête au sphincter, mais comme il est impossible de savoir à quelle limite précise de l'urèthre antérieur cesse la contamination il y a

---

lumière éternelle de ces flambeaux roulants si fièrement sur sa teste, les mouvements espouvantables de cette mer infinie soient établis et se continuent tant de siècles pour sa commodité et pour son service ? Est-il possible de rien imaginer de si ridicule que cette misérable et chétive créature, qui n'est pas seulement maîtresse de soy, exposée aux offenses de toutes choses, se die maîtresse et emperière de l'univers? La plus calamiteuse et fragile de toutes les créatures, c'est l'homme, et quand et quand la plus orgueilleuse. Elle se sent et se voit logée icy, parmi la bourbe et la fient du monde, attachée et clouée à la pire, plus morte et croupie partie de l'univers, et se va plantant par imagination au-dessus du cercle de la lune et ramenant le ciel sous ses pieds. C'est par la vanité de cette mesme imagination qu'il se tryie soi-même et sépare de la presse des autres créatures et taille les parts aux animaux, ses confrères et compagnons. ».

Le cachet de ce livre, qui est le produit d'un travail considérable, est la démonstration non seulement que « la matière vivante est une, que, groupée momentanément sous la personnalité d'un végétal et sous celle d'un animal, elle obéit aux mêmes lois, que le masque humain lui-même ne nous confère aucun privilège », mais aussi que toutes les matières vivantes et non vivantes paraissant distinctes sous nos yeux, sont intimement unies dans une étroite parenté constitutionnelle, au moins à la surface de notre planète, par les lois naturelles, dont l'action s'exerce sur toutes uniformément. Cette grande idée d'ensemble, vers laquelle marche la science, est d'un immense intérêt au point de vue de l'évolution des connaissances humaines. Dr G. RICHELOT père.

tout avantage à mettre le liquide antiseptique en contact avec tous les points susceptibles d'être envahis.

Ceci établi, M. Malécot fait uriner le malade, lave son canal avec une solution faible d'acide borique et injecte presque tout le contenu de la seringue à instillation remplie, le premier jour, d'une solution de nitrate d'argent au 1/50 et les jours suivants d'une solution au 1/100 ou même au 1/150. Le méat étant fermé par la pression du gland entre le pouce et l'index de la main gauche, on laisse la solution en contact avec l'urèthre antérieur ainsi baigné dans toute son étendue pendant une durée moyenne de deux ou trois minutes, durée moins longue pourtant si, comme il arrive souvent, le malade accuse très vite une sensation douloureuse de cuisson. L'injection rejetée, il survient presque toujours sur le trajet du canal et même au niveau de l'anus une douleur légère qui disparaît après quelques minutes, mais peut se prolonger jusqu'à la première miction, laquelle est toujours un peu douloureuse. Dans la journée le malade constate un écoulement, blanc crémeux si la solution était très diluée, rosé ou même sanguinolent si elle était plus concentrée. Il y a à cet égard, tant au point de vue de la douleur que de la prédisposition aux hématuries, des susceptibilités individuelles absolument inexplicables et que rien ne peut faire prévoir *a priori*. Il faut toutefois recommander au patient de ne point chercher à s'assurer de l'état de son canal en exerçant sur celui-ci des pressions réitérées. On sait combien les blennorrhagiques sont constamment préoccupés de leur état ; dès qu'ils se trouvent seuls, au commencement de la miction, avant de se coucher ou à peine réveillés, ils veulent faire sourdre la goutte révélatrice et à mainte reprise pressent sur leur canal d'arrière en avant : ils contusionnent ainsi et font saigner leur muqueuse uréthrale fraîchement dénudée par le nitrate d'argent.

M. Malécot combat le préjugé fort répandu qui attribue au nitrate d'argent l'inconvénient de déterminer des rétrécissements. Il estime que c'est là une erreur, au moins en ce qui concerne les solutions légères qui restent aussi inoffensives que les substances réputées les plus anodines. Leur action irritante est de courte durée et n'intéresse que la couche épithéliale de la muqueuse. En dehors du traumatisme, la cause efficiente par excellence du rétrécissement, c'est la persistance de l'inflammation blennorrhagique et sa propagation à tous les éléments anatomiques de l'urèthre.

En même temps que le médecin pratique les injections de nitrate d'argent au 1/50 et au 1/100, il doit prescrire au malade des lavages de l'urèthre avec une solutiion antiseptique. Ces lavages, qui empêchent la stagnation du pus dans l'intervalle des mictions, sont faits avec la seringue ordinaire et *à canal ouvert;* ils sont inoffensifs, car ils n'atteignent point la région bulbaire. Au contraire, les injections à canal fermé sont dangereuses; les malades les font mal et, poussées trop fortement, elles peuvent forcer le sphincter uréthral, entraîner le pus dans la région prostatique et provoquer une cystite du col avec toutes les complications de l'uréthrite postérieure.

La solution à injecter doit être à la fois inoffensive pour la muqueuse enflammée et puissamment antiseptique. Sous ce rapport le permanganate de potasse, la résorcine et les sels de mercure viennent en première ligne.

Le permanganate de potasse est légèrement douloureux et a le grand inconvénient de tacher le linge. La résorcine, qui n'est point douloureuse, s'altère rapidement et doit être conservée à l'abri de la lumière dans un flacon noir hermétiquement fermé. Le sublimé est très actif, mais douloureux si on ne se sert point d'une solution au 1/10000 ou mieux au 1/20000.

M. Malécot a obtenu d'excellents résultats avec le salicylate de mercure employé à la dose de 0,05 centigr. pour 100 grammes et à une température de 30 à 40°; c'est un antiseptique puissant et qui a le grand avantage de ne point provoquer de douleur.

On doit exiger une antisepsie aussi rigoureuse que possible du prépuce et du gland. Le malade devra les laver plusieurs fois par jour avec une solution faible d'acide borique ou de sublimé et maintenir un petit tampon de coton antiseptique sous le prépuce, au-devant du méat, tampon qui sera remplacé aussitôt qu'il aura été souillé par le pus. Sans ces précautions on s'expose à une réinoculation sur place dans la même journée ou la nuit suivante. Beaucoup de sujets ont, en effet, un prépuce long qui se plisse comme une bourse au-devant du gland, collectant les sécrétions de l'urèthre, la miction

ne balaye qu'incomplètement ces produits qui restent ainsi partiellement accolés à la face interne du prépuce et par conséquent en contact permanent avec l'embouchure de l'urèthre.

Quant au classique suspensoir, s'il est excellent en cas d'orchite pour soutenir un testicule devenant trop pesant, il ne sert guère dans la blennorrhagie simple qu'à produire la sensation d'une corde pressant désagréablement le périnée.

Pour réaliser l'antisepsie médicale, M. Malécot prescrit, dès le premier jour, le santal à la dose de six à huit capsules. Les balsamiques sont germicides; ceux qui ne le sont pas *in vitro*, le cubèbe et le copahu, par exemple, donnent naissance, dans l'économie, à des dérivés qui le deviennent. Oppenheimer a constaté que l'urine émise après l'absorption de deux grammes de copahu stérilisait les fils de soie chargés de microbes.

A l'initiation du regretté Dreyfous, récemment M. Malécot a employé le salol à la dose de six grammes par jour.

En s'astreignant à toutes les précautions précitées on obtient souvent, et toujours sans danger, dit M. Malécot, l'avortement d'une blennorrhagie nettement confirmée, alors même que l'écoulement est abondant et remonte à trois ou quatre jours. Il n'y a lieu de renoncer à la médication abortive que s'il existe des symptômes de violente inflammation de l'urèthre; dès que la détente se produit, on reprend les injections et on abrège du moins la durée totale de la maladie.

Il faut savoir cependant que — quelque minutieuses que soient les précautions prises —, ce traitement est infidèle et échoue chez un petit nombre de malades sans qu'il soit possible d'expliquer cet échec par l'existence d'une des diathèses ordinairement invoquées comme cause de chronicité de la blennorrhagie. S'agit-il d'un virus d'une puissance spéciale ou d'une prédisposition constitutionnelle particulière? Ces deux facteurs sont peut-être réunis. Toujours est-il qu'il faut être prévenu de ce fait pour n'avoir point de mécompte et ne point promettre au malade la guérison à coup sûr.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Paul Berger, Terrier, Horteloup, Nicaise, candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Une lettre de M. Bertrand, médecin principal de la marine, médecin du *Borda*, candidat au titre de membre correspondant;

3° Des lettres de remerciements de MM. Raimbert et Diday nommés membres correspondants;

4° Une lettre de M. Villemin annonçant que le deuxième Congrès de la tuberculose se tiendra à la fin du mois de juillet 1891, et énumérant les questions qui y seront traitées;

5° Un mémoire de M. Beugnies, médecin à Givet, sur les complications vasculaires (thromboses, etc.), de la grippe;

6° Un pli cacheté de M. Schmidt, pharmacien, ayant trait au diagnostic du cancer par l'analyse des urines (accepté).

M. Besnier présente un mémoire de M. Leloir intitulé : *Lupus de la langue.*

M. Colin présente un mémoire de M. Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce; l'auteur y décrit un état pathologique particulier des veines périphériques, dont les parois s'épaississent et s'indurent; cette altération n'est pas sans analogie avec l'athérome des artères.

M. Hervieux présente son rapport général sur les vaccinations et revaccinations, en 1886, en France et dans les colonies françaises. Il y répond aux objections que l'on peut élever contre l'obligation de la vaccination. L'une de ces objections a trait aux indemnités qui seraient dues en cas de syphilis vaccinale; pour éviter ces faits, il suffi-

rait d'installer un nombre suffisant d'instituts producteurs de vaccine animale, d'une part, et, d'autre part, que l'opérateur s'astreigne à stériliser sa lancette toutes les fois qu'il a fini d'inoculer un sujet.

— M. FOURNIER présente la deuxième édition de son livre : *Syphilis et mariage.*

— M. MARJOLIN présente deux rapports de médecins au sujet de l'inspection des enfants en bas âge; ils insistent sur l'importance d'une exacte application de la loi Roussel. (Renvoyé à la commission de l'hygiène de l'enfance.)

— M. ROCHARD lit un travail de M. Hœckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, au sujet d'une précédente communication de M. G. Sée sur la caféine ;

M. G. Sée pense que l'action excitante du thé, du café, de la noix de kola est due à la seule caféine. Je ne suis pas de son avis sur ce point, tout en partageant son opinion sur les propriétés de cette substance. Après avoir extrait, par le chloroforme, de la noix de kola toute la caféine qu'elle contient, on peut en retirer le *rouge de kola*, substance complexe que M. Schlagdenhaufen et moi n'avons pas pu analyser complètement, mais que je crois être le principal agent de l'excitabilité nutritive musculaire.

Le kola agit à très petite dose comme suspenseur de la fatigue. Après avoir mangé une seule fève de kola fraîche, un nègre peut faire d'une traite 80 kilomètres en plein soleil. La graine sèche, à une dose qui correspond à 15 centigrammes de caféine, a donné en France des résultats remarquables. Elle a été expérimentée par des officiers qui ont pu exécuter des marches impossibles sans cela; et cependant la graine sèche est bien moins active que la graine fraîche. Les membres du Club alpin français ont adopté pour leurs ascensions un biscuit à base de kola qui leur permet de lutter contre la fatigue et contre l'essoufflement; de leur avis unanime, ils en retirent les plus grands avantages, et s'en servent avec succès contre le mal de montagne. Depuis six ans, je cherche à faire entrer cette substance dans l'armée pour soutenir les soldats en cas de fatigues exceptionnelles.

M. COLIN : Les études de M. Heckel sur une ration d'accélération des soldats sont fort intéressantes et je l'en remercie vivement. Mais le comité technique de santé des armées, que je préside, n'a encore rien pu adopter de ce genre, parce qu'il a besoin d'une substance parfaitement définie, toujours identique dans sa nature et ses effets, et, que, jusqu'ici, rien de semblable ne nous a été proposé.

M. LESAGE lit une note sur le choléra infantile. C'est le résumé des recherches que nous avons poursuivies depuis 1886 dans le laboratoire de M. Hayem. Les théories sur la pathogénie du choléra infantile sont multiples : les uns pensent qu'il s'agit d'un empoisonnement chimique ; les autres supposent que des microbes doivent être mis en cause.

Pour nous, nous croyons que la maladie est due au développement d'un microbe particulier habitant l'intestin grêle. C'est une sorte de bacille, ne liquéfiant pas la gélatine sur laquelle il se développe assez peu. Nous ne l'avons vu se multiplier que dans l'intestin, où il existe preque seul. Son abondance est telle qu'il est bien difficile, même *a priori*, de ne pas lui attribuer un rôle dans la pathogénie de la maladie.

Ce bacille produit dans ses cultures un poison analogue à celui que produit le bacille virgule de Koch, et à l'aide de cette substance on peut, chez les animaux, faire naître un choléra infantile expérimental. Nous avons étudié chimiquement ce produit, mais nous n'avons rien pu obtenir de fixe ni de stable. Il s'agit d'une sorte de substance grasse que les alcalis maintiennent en solution dans les cultures. Injectée aux animaux, même à faible dose, elle produit l'algidité en un temps qui varie de quinze à trente heures On peut déceler sa présence dans le foie et dans les urines des animaux en expérience.

Nous avons aussi retrouvé le même microbe dans quelques cas de choléra nostras.

— M. GAUTHIER lit une note sur le traitement intra-utérin des fibromes par la galvano-caustique chimique.

Les conclusions sont les suivantes : La presque totalité des fibromes utérins sont améliorés ou diminués de volume par le traitement électrique. Il ne faut pas craindre

d'employer des courants forts, qui rendent la guérison plus rapide. La pratique montre que si les courants faibles suffisent à calmer les douleurs névralgiques, ils sont inefficaces, peut-être même nuisibles contre les hémorrhagies. Le courant qu'il utilise d'ordinaire est de 120 à 140 milliampères. Devant les dangers de l'hystérectomie et de la castration l'électrolyse reste le procédé de choix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril. — Présidence de M. Terrier.

Après lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Trélat, M. Terrier lève la séance en signe de deuil.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des ntermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Par suite du décès de M. Blachez, les mutations suivantes ont eu lieu dans le service médical des hôpitaux :

M. Constantin Paul a passé de Lariboisière à la Charité; M. Raymond, de Saint-Antoine à Lariboisière; M. Brissaud, de Tenon à Saint-Antoine; M. Faisans, de Sainte-Périne à Tenon; M. Talamon, de La Rochefoucauld à Sainte-Périne; M. Ballet, du Bureau central à La Rochefoucauld.

Institut Pasteur. — *Dons.* — Mme E. Ch. a légué à l'institut Pasteur une partie de sa fortune, à charge de servir une rente à une tierce personne.

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 avril 1890. — *Ordre du jour* : 1. Prophylaxie et traitement de la tuberculose, discussion (suite). — 2. Communications diverses.

Sommaire de la *Revue philosophique*, n° d'avril 1890 (15e année) :

A. Fouillée : L'évolutionnisme des idées-forces. III. Les conséquences pratiques de la théorie (*fin*). — Gourd : Un vieil argument en faveur de la métaphysique. — Proal (Louis) : La responsabilité morale des criminels. — L. Arréat : Récents travaux sur l'hérédité. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Société de psychologie physiologique.

Abonnements : un an, Paris, 30 francs ; départements et étranger, 33 francs ; la livraison, 3 francs.

Cet ouvrage se trouve chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

TRIBROMURE GIGON. — Epilepsie, Hystérie, Névroses.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Trait^t physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Les canons et fusils perfectionnés, la poudre sans fumée, la lance de 15 pieds, les pigeons voyageurs, les ballons dirigeables, en un mot, tous les raffinements de la science moderne appliqués aux machines ne suffisent plus actuellement pour faire la guerre; il faut perfectionner l'homme lui-même, lui donner plus de force physique, plus de résistance, afin qu'il puisse marcher plus longtemps, plus vite, en avant, bien entendu. C'est alors que la science et les états-majors appellent les médecins à la rescousse. Comment augmenter cette force de résistance des soldats? De diverses manières : par l'entraînement, d'abord; mais il faut manger. Alors donnez-leur de la caféine, disent MM. G. Sée et Léon Colin; prenez de la noix de kola, dit M. Hæckel. Et voilà sur quoi a roulé la plus grande partie de la discussion dans la dernière séance de l'Académie de médecine.

Il est certain que l'importance du sujet est grande, et tout le monde l'a compris sans qu'il fût nécessaire d'y insister beaucoup. Mais qui va l'emporter, de la caféine ou de la kola? Les partisans de la première ont un argument puissant pour eux : la caféine est un produit bien défini, de composition invariable, dont les effets sont comparables d'un sujet à un

FEUILLETON

CAUSERIE

J'ai connu dans mon existence, et vous aussi, chers lecteurs, pas mal de gens obèses, et même très obèses; ils sont même assez gênants quand on les a pour compagnons de voyage en omnibus ou en chemin de fer. Il est probable qu'ils sont aussi gênants pour eux-mêmes, car beaucoup d'entre eux voudraient bien se débarrasser de leur excès d'embonpoint, témoin les nombreux moyens employés pour la cure de l'obésité, et le proverbe qui dit : « En voilà un que la graisse ne gêne pas ». Il n'est guère de médecin qui n'ait été obsédé par un ou plusieurs de ses clients, désireux de se faire dégraisser, et il y a bien des années que l'un deux me persécute pour lui trouver une opération capable de le faire un peu diminuer. « Docteur, me répète-t-il, puisque la chirurgie a fait tant de progrès, ne pourriez-vous m'enlever quelques bardes de mon lard? » Et à force de le dire, il a fini par se persuader que l'opération avait été exécutée avec succès sur quelques-uns de ses congénères et que c'était par pure dureté d'âme que je ne voulais pas l'en faire bénéficier. Pensez donc, il pèse entre 125 et 140 kilogrammes depuis une dizaine d'années.

C'est probablement pour mettre fin à des importunités de ce genre que deux de nos

autre; étant donnée une réunion d'hommes à peu près de même âge et de même taille, comme l'est un régiment d'infanterie, on peut donner la même dose à tous les hommes pour obtenir des effets à peu près semblables. Il n'en est pas de même de la kola, dont diverses circonstances peuvent faire varier la teneur en principes actifs et qui, par conséquent, est susceptible de produire des résultats différents. C'est pourquoi M. Hæckel, après avoir critiqué la communication antérieure de M. Germain Sée, s'est vu combattre, non sans succès, par M. Léon Colin, président d'une commission chargée d'étudier actuellement les effets de la caféine sur les soldats en marche. Nous opinons patriotiquement pour la réussite de ces expériences et pour le triomphe de la caféine, si, à petites doses, ce qui n'est pas encombrant pour les soldats en marche, elle peut permettre à nos fantassins de donner le coup de collier final qui décide de la victoire.

— Il y a un mois environ, *The Lancet* a formé le projet d'ouvrir une enquête sur la mortalité causée par l'emploi des anesthésiques dans les opérations. Dans ce but, elle a publié un questionnaire dans ses colonnes et fait appel à la bonne volonté de tous les médecins du Royaume-Uni et de ses colonies, et de ceux d'Amérique et même du continent, pour répondre consciencieusement aux questions posées.

Comme le dit *The Lancet*, l'importance du sujet est telle qu'il n'est pas besoin d'en faire une plus longue apologie. Aussi toute personne qui désirera prendre part à l'enquête peut demander une copie du questionnaire, qui lui sera immédiatement envoyée. Le journal de Londres appelle l'attention sur quelques points principaux : lequel, du cœur ou de la respirafion, a cessé le premier? Si on ne peut répondre à cette question, faute de renseignements suffisants, on est prié de l'indiquer dans une note. Il faut aussi indiquer dans chaque cas la nature de l'anesthésique employé et la manière dont il a été administré; — si on se sert d'un appareil et lequel, et quelles précautions spéciales sont prises. Naturellement, tous les points nécessaires sont rangés dans ce questionnaire, mais si quelque particula-

---

confrères, MM. Demars et Marx, viennent d'entreprendre le dégraissage d'un obèse du plus fort calibre. (Prière à M. le compositeur de ne pas mettre obus). Le récit que nous transmet le *Progrès médical* de cette nouvelle conquête de la chirurgie est assez curieux pour que je le mentionne ici.

Le sujet de l'observation présentait la conformation suivante de la région sous-ombilicale. La peau, doublée d'un tissu adipeux très épais, formait un pli énorme à direction transversale et retombant sur les cuisses à la façon d'un tablier. Il entretenait dans les aines une irritation continue et des foyers d'érythème et d'intertrigo fort gênants, outre que sa masse apportait un certain obstacle à la marche, aux mouvements de flexion et au coït.

Voici quel a été le procédé opératoire de MM. Demars et Marx. Ils ont fait deux incisions, l'une au-dessus du pubis, l'autre à deux doigts de l'ombilic; les deux incisions, distantes l'une de l'autre de 15 centimètres sur la ligne médiane, se réunissaient sur les côtés, elles avaient 48 centimètres de longueur et allaient d'une épine iliaque à l'autre. Avec le lambeau de peau compris entre ces deux incisions, les opérateurs enlevèrent une couche de graisse de 12 centimètres d'épaisseur; ils allèrent presque jusqu'à l'aponévrose en dévalant un peu. La masse totale enlevée pesait 2 kilogrammes, ce qui est énorme si l'on se rappelle le peu de densité de la graisse.

35 points de sutures profondes et superficielles réunirent les deux lèvres de la plaie. On ne plaça pas de drain. Pansement au salol et à la gaze salolée. Bien que les fils fussent un peu tendus, aucun point ne céda. Les suites de l'opération furent excellentes.

rité extraordinaire s'était présentée au cours de l'anesthésie, on pourrait la mentionner dans une note hors cadre.

L'idée émise par *The Lancet* est excellente, et je ne doute pas qu'elle ne donne de bons résultats, comme les enquêtes analogues faites par la Société pathologique, la Société clinique, etc.. de Londres. Mais il est fort à craindre que ces résultats soient incomplets. La plupart des chirurgiens sont peu enclins à publier leurs revers, aussi bien à Londres que dans les autres pays, et malgré tout l'intérêt qu'il y aurait à étudier de cette manière les causes de la mortalité par l'anesthésie chirurgicale, la répugnance qu'inspire au praticien l'exposé public d'un échec dont on peut le rendre responsable arrêtera probablement plus d'un de nos confrères. Chacun de nous connaît dans son entourage, parmi ses relations, des cas de mort à la suite de l'administration du chloroforme qui n'ont jamais été publiés et qui, vraisemblablement, ne figureront pas dans la statistique que va dresser *The Lancet*. Au point de vue scientifique et même humanitaire, il sera vraiment regrettable de n'avoir que des résultats incomplets et des chiffres forcément inexacts. — L.-H. P.

Fibro-myome de l'ovaire gauche, ablation, mort par péritonite le troisième jour,

Par le docteur MILLOT-CARPENTIER, de Montécouvez (Nord).

Les néoplasmes ovariens de la nature de celui que je viens d'opérer sont assez rares, relativement aux autres productions morbides que l'on rencontre dans cet organe, pour que j'aie cru devoir annoter ce fait, intéressant au point de vue anatomo-pathologique et aussi à cause des multiples difficultés opératoires qu'il a présentées.

Il s'agit d'une femme de 37 ans, la dame L..., bouchère à Bauvois (Nord). Cette dame est d'un embonpoint excessif, avec cela de petite taille, mais n'offre aucune tare pathologique dans toute son existence. Elle n'a jamais

---

L'opération fut pratiquée le 15 février dernier. Le 1er mars, l'opéré était guéri et le 8 mars il sortait et vaquait à ses affaires sans aucun pansement.

Quelques points de ce fait sont encore intéressants. Le patient, né d'une mère diabétique, morte de coma diabétique, d'un père polysarcique et polysarcique lui-même, atteint en plein d'une dégénérescence graisseuse du cœur avec dilatation et léger souffle à la pointe, a parfaitement supporté l'opération et en ressent déjà les bienfaits. Il ne sent aucune douleur au niveau de la cicatrice, se tient parfaitement droit, et peut exécuter tous les mouvements. Il désire se soumettre bientôt à une seconde opération par laquelle MM. Demars et Marx lui enlèveront d'énormes masses de cellules cutanées dans les régions situées à droite et à gauche de l'ombilic.

Nos confrères sont d'autant plus excusables d'avoir pratiqué cette opération, qui en somme n'a rien d'irrationnel, comme le dit notre ami M. B., que leur patient avait subi pendant longtemps des régimes qui n'avaient en rien diminué son volume.

*
* *

Les journaux ont publié dans ces derniers mois un certain nombre de cas tendant à démontrer la contagiosité de la grippe ou influence. Je suis loin de la nier, en ayant été moi-même deux fois la victime cet hiver: une première fois au commencement de l'épidémie, après avoir visité mon premier *influencé*, et une seconde fois à la fin, alors que j'étais guéri depuis deux mois de la première atteinte; cette fois encore, c'est après avoir visité un influencé, lequel avait résisté jusque-là à l'épidémie, que je fus repris à

eu d'enfants et n'a commencé à ressentir des douleurs dans le bas-ventre que depuis quelques années et surtout au moment des règles, souvent fort abondantes. Elle attribue ces douleurs à la fatigue professionnelle l'obligeant, en portant sa marchandise dans les villages voisins, à monter et à descendre continuellement d'une voiture élevée et aussi à porter des quartiers de viande parfois fort lourds.

A l'examen, très difficile pour bien fixer le siège, la nature, le volume, la consistance du néoplasme que l'on perçoit d'une façon confuse par le palper abdominal, à cause de l'épaisseur adipeuse des parois, on trouve, par le toucher vaginal, l'utérus remonté et un peu mobile, le cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur dure et volumineuse que l'on ne peut déplacer et qui prédomine du côté gauche. Par le rectum, le néoplasme est mieux circonscrit; on sent que la tumeur peut avoir le volume d'une tête d'adulte; ou parvient, en combinant le palper abdominal avec l'exploration intestinale, à soulever cette lourde masse du petit bassin où elle est enclavée et qu'elle déborde du côté gauche. La partie droite de l'utérus et de ses annexes est absolument saine.

Il est donc question d'une tumeur fibreuse, peut-être du fond de l'utérus, plus probablement de l'ovaire du côté gauche; ce point de diagnostic n'a pu être éclairé avant l'opération, malgré tous les efforts d'attention que j'ai pu faire. Ce qui me faisait pencher vers un myome ovarien plutôt que vers un fibrome de l'utérus, c'est que ce dernier organe avait conservé un peu de mobilité, ce que je n'ai jamais rencontré dans l'hypertrophie fibreuse de la matrice très développée. Du reste il importait peu, dans l'espèce, que ce fût l'utérus ou l'ovaire qui fût atteint. Il fallait débarrasser au plus vite cette malheureuse de la gêne et des douleurs atroces que le néoplasme avait fini par provoquer et qui étaient arrivées à un tel point que cette femme préférait mourir, disait-elle, plutôt que de continuer à souffrir ainsi.

Après avoir temporisé aussi longtemps que possible, et fait, par respect pour la tradition, un traitement palliatif et administré des calmants, le tout sans aucun succès, je proposai l'ablation de la tumeur. La dernière

mon tour de la même façon qu'auparavant. Il est juste de dire que chaque fois que je me trouve en contact avec une personne atteinte de coryza, quelle que soit la saison, ma muqueuse nasale ne tarde pas à en subir la désolante influence.

M. Marcel Baudouin, qui a publié plusieurs faits du même genre, et que nous sommes heureux de citer, rapporte, d'après le *Bulletin médical*, un cas qui lui semble très topique.

Le sanatorium d'Adirondacks (Amérique), situé à 2 kilomètres d'un village, est habité par des sujets débilités. Le directeur, craignant beaucoup l'invasion de la grippe pour ses malades, crut devoir instituer une quarantaine rigoureuse pour éviter tout contact entre le personnel du sanatorium et les gens du village voisin. Or, tandis que toute la contrée subissait une violente épidémie d'influenza, il n'y en eut pas un seul cas au sanatorium ainsi isolé.

Si le fait est exact, ajoute M. Baudouin, ce directeur nous semble avoir rendu non-seulement à ses malades, mais aussi à la science, un service dont l'importance, espère-t-il, n'échappera à personne.

Cette importance ne m'échappe pas, pour ma part. Mais le fait est-il exact? Venant de ce pays de la réclame, de cette terre classique de la réclame, je me sens pris d'une méfiance involontaire à son endroit, et je traduirais volontiers ce fait divers de la manière suivante, comme le directeur du sanatorium susdit a probablement souhaité qu'il le fût:

Alors que toute la contrée dans laquelle se trouve situé le sanatorium d'Adirondacks

menstruation ayant déterminé, par son abondance et par l'acuité des douleurs abdominales, un état inquiétant de la santé de ma cliente qui, chaque jour, s'affaiblissait de plus en plus, nous convînmes donc de l'opérer. Entre temps, cette dame était allée à Paris consulter plusieurs chirurgiens des hôpitaux et professeurs de la Faculté, qui tous avaient été unanimes pour proposer l'ablation immédiate de cette tumeur.

Opération. — MM. les docteurs Bellière (de Bauvois), Capelle (de Cambrai), MM. les médecins Lenoir (de Clary), Lenoir (de Villers-Outreaux), et mes serviteurs habituels, m'aidèrent dans cette opération.

J'avais pris d'avance toutes les précautions et toutes les mesures antiseptiques voulues, et je pense avoir fait le nécessaire pour obtenir une asepsie complète; je n'insiste pas.

Le chloroforme donné et la résolution obtenue, je procédai à l'ouverture de la cavité abdominale, plaçant de ci de là un certain nombre de pinces à pression sur les vaisseaux des parois, d'une épaisseur de près de 10 centimètres, ce qui est un véritable obstacle, une barrière dont on se passerait bien pour explorer la cavité abdominale et une grande difficulté pour y faire passer les néoplasmes qui s'y trouvent.

Une première tumeur apparaît bientôt; elle est saisie aussitôt par une longue pince à griffes; je cherche à l'attirer au dehors et ne peux y parvenir qu'en la séparant de la masse néoplastique par la chaîne de l'écraseur. Cette masse, que ma main contourne à l'intérieur et cherche à engager dans l'ouverture de la ligne blanche, je ne puis la soulever ni la déplacer à mon gré. Je me décide à agrandir l'ouverture par une incision perpendiculaire à la première, d'une étendue de 12 centimètres environ, ce qui est une condition fâcheuse, selon moi, et ne peut être qu'une mesure de nécessité absolue.

Le néoplasme est alors saisi avec plus d'aisance; je passe à sa base l'anse d'un gros fil de fer galvanisé qui se brise trois fois avant d'opérer la section; je parviens enfin à l'attirer au dehors. Je transfixe le moignon et le serre fortement avec un gros fil de soie phéniquée mis en double

---

était ravagée par l'épidémie d'influenza, aucune des personnes qui l'habitaient n'a subi ses atteintes, grâce à son isolement, à l'air pur qu'on y respire, aux excellentes précautions prises par son directeur éminent pour en préserver ses pensionnaires, etc.... « Prenez mon ours! »

*
* *

Encore d'Amérique, mais plus sérieux. Cueilli dans le *Matin*.

Relatif à l'emploi des mesures anthropométriques pour évaluer les effets des exercices physiques sur les jeunes gens.

Les questions d'enseignement et d'éducation sont plus que jamais à l'ordre du jour. Rien qu'à en juger par la place qu'elles occupent dans les revues et dans les journaux, par le nombre de comités qui se créent dans le but de provoquer des réformes ou de propager les exercices physiques, on peut se faire une idée de leur importance.

Ces projets de réformes, ces sports scolaires sont nouveaux chez nous, puisque leur existence remonte à peine à 18 mois ou 2 ans; mais chez les Anglais et chez les Américains, ils sont depuis longtemps en faveur, et, si l'on peut s'exprimer ainsi, du domaine public. Naturellement, c'est aux mœurs de ces peuples que ceux qui mènent le nouveau mode d'éducation ont emprunté des principes et des règles.

Que fait-on en Amérique, par exemple? Dans les universités de Yale, d'Harward, de Cornell, et dans les autres aussi probablement, dès son entrée, tout nouvel étudiant est mesuré et pesé, tout comme dans le service anthropométrique du docteur Bertillon. Il

et l'attire dans l'angle inférieur de l'incision abdominale, où je le maintiens comme un bouton dans sa boutonnière, en suturant les parois.

Mes aides chargés, de chaque côté de la patiente, de maintenir rapprochées les parois abdominales et de refouler les anses intestinales avec des linges chauds fréquemment renouvelés, eurent les plus grandes peines pour arriver à faire exactement la compression nécessaire à cette délicate et difficile mission, surtout dans les conditions spéciales où nous nous trouvions, et je dus, à plusieurs reprises, leur venir en aide.

Je procédai ensuite à la toilette du péritoine avec le plus grand soin et plaçai aussitôt les sutures en faisant les profondes à la soie phéniquée et les superficielles au crin de Florence. L'énorme quantité de graisse des parois rendait cette partie de l'opération très délicate, car ce n'est qu'en procédant lentement que je pus arriver à maintenir les fils exactement serrés, un bon nombre de ceux-ci coupant les tissus dès que je rapprochais les deux chefs de la ligature.

Nettoyer la plaie, le champ opératoire et les parties voisines avec une solution de sublimé; toucher les surfaces cruentées du moignon avec un pinceau trempé dans la solution phéniquée forte; recouvrir la suture abdominale de salol et de ouate hydrophile au sublimé, le tout maintenu par des bandes en gaze phéniquée, fut le dernier chapitre de cette grave opération.

La malade, réveillée, prit une coupe de champagne et fut portée dans son lit, préparé spécialement pour la recevoir.

La température avant l'opération était de 37°5'; après celle-ci, le thermomètre ne marquait plus que 36°4'; le pouls était normal, quoique un peu plus agité que d'habitude.

Pour abréger ce récit, je terminerai en disant que, le jour de l'opération, la nuit qui suivit, le lendemain et la seconde nuit, tout marcha à souhait; on sondait l'opérée trois fois par jour; elle prenait une potion calmante et quelques cuillerées de consommé, quand, peu à peu, des douleurs se déclarèrent dans le ventre avec du météorisme et des régurgitations conti-

---

a sa fiche que l'on consulte et que l'on note à des époques déterminées, et cela pendant toute la durée des études, c'est-à-dire pendant une période de quatre années. Ces fiches, réunies et commentées, permettent d'établir des statistiques très curieuses, comme celle, par exemple, de la moyenne du poids de l'homme par rapport à sa grandeur. On a constaté ainsi que le poids augmente de 5 à 6 livres environ par 2 centimètres de plus de taille. Un homme mesurant un mètre soixante, pèse 120 livres; à une taille d'un mètre quatre-vingt, correspond au poids de 180 livres. Il s'agit, bien entendu, d'hommes se livrant à un exercice physique régulier.

Les rapports universitaires faits d'après ces études et ces enquêtes minutieuses portent que les étudiants qui ne pratiquent pas les exercices physiques sont l'exception et que, sur 1,000 élèves, 400 au moins se livrent à l'entraînement dans le but de participer aux luttes ou tournois inter-universitaires, les autres dans un but hygiénique ou de récréation.

Les résultats acquis sont excellents. Si la moyenne de la force physique, en effet, augmente chaque année, d'autre part, — et ceci est un argument contre ceux qui prétendent que l'introduction des sports scolaires dans le programme de l'enseignement nuirait aux études, — les rapports américains constatent que, sur 1,000 exemples observés, les 16 élèves ne prenant part à aucun exercice sont au-dessous de la moyenne.

Au point de vue moral, enfin, l'influence est très grande. Le temps passé au lawn tennis, au foot-ball, en bateau, à cheval ou en vélocipède est autant de gagné sur les heures perdues dans les brasseries et les cercles.

Pour ma part, je verrais très volontiers les exercices physiques contrebalancer les

nuelles; le pouls devint bientôt filiforme en même temps que la face se grippait et prenait le type péritonéal bien connu; les extrémités ne tardèrent pas à se refroidir, et la pauvre dame s'éteignit doucement.

Examen de la tumeur. — L'examen de la pièce anatomique nous montre celle-ci sous la forme sphérique ayant le volume de la tête d'un adulte; cette masse est dure et bosselée; il existe à sa surface cinq renflements qui sont autant d'autres tumeurs de même nature fibreuse que la principale. Ce myome occupait l'excavation pelvienne et s'était moulé sur le squelette du petit bassin. Nous avons trouvé, après l'extirpation, l'utérus sain très allongé et déformé; il était situé au devant du néoplasme qui avait englobé tout l'ovaire gauche. On ne distinguait plus ni la trompe, ni le pavillon, tout était confondu.

A la coupe, on reconnaît le tissu fibreux à ses caractères habituels, tissu extrêmement serré dont les filaments irradient du centre à la circonférence. A la partie centrale se rencontrent de gros vaisseaux unis au tissu fibreux ambiant à la manière des sinus de la dure-mère, ce qui est bien là caractéristique des leio-myomes ou fibro-myomes.

REVUE DES JOURNAUX

Epithélioma consécutif à un lupus. — M. Blaschko a présenté à la Société de médecine de Berlin un homme âgé de 36 ans, qui, depuis l'âge de 4 ans, était atteint d'un lupus au niveau de la joue gauche. Ce lupus a peu à peu gagné la moitié gauche de la face, le nez, l'oreille gauche, et même le cou jusqu'au sternum. Il y a un an, à peu près, l'auteur a institué un traitement par l'acide pyrogallique, sous l'influence duquel le lupus a diminué; mais un processus ulcéreux est survenu depuis quelque temps au niveau de la joue gauche. Le malade appliqua de l'acide pyrogallique sur cette ulcération, qui finit aussi par guérir, mais pour réapparaître de nouveau.

Depuis trois ou quatre semaines, elle s'est agrandie et, aujourd'hui, elle a à peu près les dimensions de la paume de la main. Ses bords sont épaissis et ses parties centrales

---

exercices intellectuels dont on surcharge les cervelles de nos enfants et qui vont jusqu'à l'abus. Il y a quelques jours à peine, les journaux racontaient que le fils d'un homme connu, un des meilleurs élèves d'un lycée de Paris, s'était suicidé parce qu'il avait obtenu une mauvaise place dans une composition. Cette semaine, c'est le tour des jeunes filles. Une des plus brillantes élèves d'un lycée du même Paris, navrée de ne pouvoir maintenir son rang de première, s'est décidée, une première tentation ayant échoué, à s'empoisonner à nouveau, tout simplement. Pas de jaloux, voilà qui est complet et vraiment « fin de siècle. »

*
* *

Nous avons raconté dernièrement l'anecdote dans laquelle une goutte de bougie avait été prise pour un fragment de dent et recueillie précieusement comme pièce à conviction dans un assassinat. Les dents peuvent en effet jouer un rôle très important dans les constatations médico-légales, et en voici encore un exemple très curieux.

A Saint-Pétersbourg, un porte-cigare en écume joua dans un crime célèbre le rôle de dénonciateur. On l'avait retrouvé près du corps de la victime, tuée dans son propre cabinet, après le départ de ses employés. Il était à demi brisé, mais le bout d'ambre était intact. On avait supposé d'abord qu'il appartenait au banquier lui-même, d'autant plus qu'il contenait le reste d'un cigare de luxe.

En examinant l'objet, le juge d'instruction avait remarqué que l'ambre portait deux traces très visibles d'usure par les dents du fumeur, l'une beaucoup plus profonde que

sont comme putrilagineuses; de plus, on a pu reconnaître, au microscope, qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Il existe environ 58 observations de lupus devenus carcinomateux, dans la science, et le pronostic qui découle de ces faits est relativement favorable. Aussi Blaschko a-t-il résolu d'opérer ce malade, qui ne présente ni infection ganglionnaire, ni aucun signe de cachexie. (*Société de médecine de Berlin*, 29 janvier.) — Dr Ph. L.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 mars 1890. — Présidence de M. Abadie.

Addenda au procès-verbal du 8 mars.

M. Leudet : J'ai l'honneur de présenter à la Société mon *Compte rendu annuel* des travaux de la Société d'hydrologie médicale de Paris et une étude sur l'*action des climats d'altitude dans les affections de poitrine.*

C'est à l'occasion du Congrès d'hydrologie et de climatologie de Paris (octobre 1889) que j'ai fait ce dernier travail. De tous les facteurs qui concourent à donner au climat de montagnes ses propriétés prophylactiques ou curatives, il n'en est qu'un qui soit spécifique : la *densité* de l'air. Je ne vois guère que cette qualité qui distingue la montagne de la plaine ou du bord de la mer. Ce serait donc en vertu de la raréfaction de l'air qu'une véritable *diète respiratoire* s'établirait et amènerait des modifications favorables dans l'état général et local du bronchitique ou du phthisique. En dehors de cette densité moindre de l'air, je ne vois rien de spécial dans l'atmosphère de la montagne.

La *pureté* de l'air, cette qualité si vantée du climat de montagnes, existe aussi bien sur nos plages méditerranéennes ou dans les îles de l'Océan que sur les hauteurs de la Suisse.

Pour cette question spéciale de la tuberculose, comment parler de l'*immunité* des sanatoria d'hiver de la Suisse vis-à-vis du bacille de Koch? Si la doctrine microbienne est vraie, la station la plus saine peut être infectée du jour au lendemain. Le bacille tuberculeux, qui n'est pas aujourd'hui dans l'air que nous respirons, peut y être demain; il suffit d'un malade qui l'y apporte... Et je suppose que les phthisiques crachent à Davos et à Saint-Moritz comme à Menton ou à Cannes!

---

l'autre. Ces deux entailles ne s'adaptaient pas aux dents de la victime. Le porte-cigare, brisé très probablement dans la lutte, appartenait donc au meurtrier.

Or, au cours de l'instruction, le juge eut à recevoir la déposition d'un cousin du banquier, venu chez lui le jour même du crime, et, d'après ce que l'on avait cru jusque-là, une demi-heure seulement avant le crime. En écoutant le témoin, le juge remarqua que son incisive gauche était un peu plus courte que sa voisine. Il pria poliment son interlocuteur d'essayer le porte-cigare. Le témoin pâlit et refusa avec hauteur. Le juge le fit arrêter et l'obligea à se prêter à l'expérience : les deux dents de l'homme s'adaptèrent exactement aux deux alvéoles creusées dans l'ambre. On tenait l'assassin.

Conclusion : quand vous voudrez assassiner quelqu'un, ne laissez pas tomber votre porte-cigare auprès de votre victime, si vos dents ont fait une empreinte dans le bout d'ambre. Simplissime.

Solution contre la conjonctivite. — De Saint-Germain et Valude.

Borate de soude	1	gramme.
Hydrolat de lavande	30	grammes.
Eau distillée	150	—

Faites dissoudre. — On emploie cette solution pour pratiquer des lotions, à l'aide d'un linge fin, ou bien pour donner des bains, dans une œillère, dans les cas d'inflammations légères de la conjonctive et des paupières, chez les enfants. — N. G.

La *densité* de l'air reste donc la condition spécifique des altitudes; en dehors d'elle, je ne vois rien de caractéristique dans les autres qualités de l'atmosphère de la montagne.

La *pureté* de l'air, sa *sécheresse* et son *immobilité*, sa *transparence* et sa *fraîcheur* sont des qualités banales qui peuvent se rencontrer partout.

Partant de là, je me suis demandé à quelles indications prophylactiques et curatives répondait le climat de montagnes dans le traitement de la phthisie pulmonaire; et je suis arrivé à cette conclusion que, pour le choix d'un climat comme pour celui de toute espèce de médication, il faut ne considérer que le malade, et n'avoir égard qu'aux formes et aux périodes de la maladie. Les altitudes conviennent à certains phthisiques, mais non à tous.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine.

La correspondance manuscrite comprend une circulaire de M. le ministre de l'instruction publique, à propos de la réunion du Congrès des Sociétés savantes. La Société de médecine de Paris nomme comme délégués MM. Perrin et Ladreit de La Charrière.

— M. J. Cyr offre à la Société une brochure ayant pour titre : *Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie, par M. J. Cyr.*

— M. Dubuc offre à la Société une brochure ayant pour titre : *Lithotritie à l'aide de la cocaïne pour des calculs nombreux et durs d'acide urique. Particularité opératoire inhérente à ce cas et à d'autres analogues; quelques considérations sur la récidive des calculs d'acide urique, par le docteur A. Dubuc.*

— M. Abadie fait une communication sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose (Sera publiée.)

DISCUSSION

M. Ladreit de La Charrière : L'exposé que vient de nous faire M. Abadie est très séduisant par sa netteté et sa simplicité : « La tuberculose est le résultat de l'inoculation « du bacille que détruisent les antiseptiques, le perfectionnement de notre outillage « nous permettra d'atteindre le mal et de l'arrêter. »

A la réflexion, on ne tarde pas à reconnaître que les choses ne sont pas aussi simples.

Si, dans les parties accessibles, on peut détruire le bacille, comme dans le conduit auditif, les os, etc., cela tient à ce qu'il est dans un espace restreint et que le diagnostic est facile; mais, dans les organes profonds et dans le poumon en particulier, son caractère est d'être disséminé. On l'observe sous la forme de milliers de granulations. Au début, le diagnostic est incertain, et, quand on est fixé, le mal est trop étendu pour le traiter localement.

La tuberculose, d'ailleurs, est-elle toujours le résultat d'une inoculation?

L'hérédité de cette maladie peut-elle être contestée? Dira-t-on que deux frères qui n'habitent pas la même localité, et qui meurent au même âge, ont subi l'inoculation bacillaire?

Je pense que ce serait une erreur de chercher la guérison de la tuberculose uniquement dans la médication de la lésion locale, et qu'il ne faut pas faire table rase de la thérapeutique mise en pratique jusqu'à ce jour.

M. Dubuc : L'ulcère infectieux de la cornée se prête tout particulièrement à une intervention directe, puisqu'on l'a pour ainsi dire sous la main et qu'il est unique.

Il n'en est pas de même, d'une manière générale, des lésions tuberculeuses. Sans parler de la tuberculose pulmonaire qui, même au début, présente habituellement des foyers disséminés, qu'il sera bien difficile d'atteindre tous par des injections de substances anti-parasitaires, il faut reconaître que, pour des tuberculoses localisées dans des organes plus facilement accessibles que le poumon, je citerai notamment la tuberculose des épididymes, des canaux déférents, de la prostate, des vésicules séminales, la méthode des injections interstitielles curatives restera aléatoire, à cause de la difficulté de détruire la totalité des bacilles.

J'admets parfaitement, cependant, la légitimité de l'emploi de cette méthode, en pré-

sence d'un foyer nettement délimité; d'autant plus que certaines substances, comme le naphtol camphré, par exemple, récemment expérimenté, semblent jouir d'une efficacité toute spéciale contre les lésions tuberculeuses.

M. Leudet : Je demande à la Société de vouloir bien remettre à la prochaine séance la suite de la discussion sur l'importante communication que vient de nous faire M. Abadie. En ce moment, je ne dirai que quelques mots, me réservant de développer ma pensée dans une note écrite. Ces quelques mots auront trait à l'*étiologie* de la phthisie.

Je suis heureux tout d'abord d'avoir entendu M. Abadie proclamer bien haut le désaccord qui existe entre les faits du laboratoire et les faits de la clinique. Nulle part, ce désaccord n'est aussi grand que dans la question étiologique de la tuberculose.

Personne ne nie plus la virulence et la spécificité du tubercule. Comme toutes les maladies virulentes, la tuberculose est fonction de microbes ; sa genèse et sa propagation sont l'œuvre d'un ferment figuré, d'un bacille spécial. Mais comment le bacille de Koch pénètre-t-il dans notre organisme ? Quels sont ses moyens de dissémination? Ici la médecine clinique emprunte ses armes à la médecine expérimentale.

Pour dire que la phthisie est virulente et contagieuse, nous nous appuyons principalement sur deux expériences : d'une part, sur l'inoculabilité du tubercule aux lapins et aux cobayes ; d'autre part, sur la transmissibilité de la tuberculose à ces mêmes animaux par la pulvérisation des crachats desséchés des phthisiques.

Examinons ces deux faits d'ordre expérimental à la lumière de l'observation clinique.

L'inoculabilité du tubercule ! Ce n'est pas ainsi, avouons-le, que nous devenons communément tuberculeux. Je sais bien qu'on a cité quelques cas d'infection tuberculeuse par inoculation à travers la peau.

M. Verneuil, à la tribune de l'Académie, en a cité un des plus remarquables et des plus probants. Un de ses élèves, dans le cours de l'autopsie d'un phthisique, se fait une piqûre anatomique ; la plaie ne guérit pas, une tumeur se forme ; la tumeur reconnue maligne nécessite l'amputation de la troisième, puis de la seconde phalange, puis je crois, du poignet ; bref le malade, par propagation, par généralisation du virus, finit par avoir un mal de Pott.

Mais à côté de cet étudiant, qui devient tuberculeux par le fait d'une piqûre anatomique, combien d'autres sont restés et restent indemnes de toute infection et de toute contagion, quoique porteurs de tubercules anatomiques provoqués par une déchirure, par une plaie suspecte !

J'en dirai autant de la pulvérisation des crachats desséchés des phthisiques. Pour que cette pulvérisation soit effective, il faut qu'elle soit intensive. On fait autour de l'animal, maintenu dans une cage, on crée autour de lui une véritable atmosphère de crachats tuberculeux; on lui fabrique un air saturé de bacilles, qui ne se rencontre jamais, ai-je besoin de le dire? dans les conditions les plus mauvaises d'aération où nous puissions être appelés à nous trouver.

Je le répète, les données de l'expérimentation ne sont pas celles de la clinique; les facteurs étiologiques du laboratoire peuvent se retrouver au lit du malade; mais ils n'ont ni la même fixité, ni la même rigueur, ni la même constance.

Pour ma part, depuis les mémorables travaux de M. Villemin, depuis la découverte du bacille de Koch, je me place toujours au point de vue de la possibilité de la contagion; je cherche cette contagion ; je veux la trouver..., je ne la trouve pas, ou du moins je ne la trouve que très rarement. Et, certes, si le problème clinique de la contagion de la phthisie peut être étudié quelque part, c'est bien aux Eaux-Bonnes. Les poitrinaires y sont nombreux : accompagnés presque toujours de leur famille, père ou mère, mari, femme, frères ou sœurs, ils vous fournissent, *de auditu* et *de visu*, les renseignements les plus complets sur eux et les leurs, sur leurs antécédents personnels et héréditaires, sur leurs habitudes physiologiques ou pathologiques. Ils vivent dans les mêmes chambres, dans les mêmes salles à manger, dans les mêmes salons que les gens bien portants. Tous ces appartements, je me hâte de le dire, sont tenus dans un état de propreté rigoureuse. Eh bien! des faits de contagion... je n'en connais pas.

Depuis trente ans, je vois les mêmes filles d'hôtel nettoyer les crachoirs des phthi-

siques, porter chez la blanchisseuse les mouchoirs maculés de crachats plus ou moins desséchés, et les draps trempés de sueurs. Ces filles sont bien portantes ; elles sont encore indemnes de toute tare tuberculeuse.

C'est en physiologie qu'il me paraît prudent de ne pas conclure trop vite de la fixité des faits expérimentaux à la constance des faits cliniques. Au laboratoire, vous êtes maître de la cause; c'est vous qui maniez l'agent pathogène ; vous l'atténuez, vous le renforcez à votre guise. Au lit du malade, vous êtes en présence d'un fait accompli ; il vous faut débrouiller un problème étiologique; vous devez vous prononcer sur la nature, la réalité de la cause, et déchiffrer les rapports de cette cause avec l'effet obtenu.....

Je prie la Société de me permettre de revenir sur ce sujet dans la séance prochaine.

M. Abadie : Je répondrai à M. Ladreit de La Charrière que je m'occupe surtout, en ce moment, de la phthisie pulmonaire à évolution lente, celle où l'on a pour ainsi dire le temps de se retourner. Aujourd'hui, éclairés par une conception étiologique plus nette, nous l'observons mieux, et chaque jour nous reconnaissons que l'hérédité joue un rôle beaucoup moins grand qu'on ne le supposait et beaucoup moins grand, en tout cas, que la contagion.

Je ne viens pas annoncer que le moyen de guérir cette forme si commune et qui fait encore tant de victimes est tout trouvé, j'indique simplement la manière qui me paraît rationnelle d'atteindre ce but. Ce que je prétends, c'est que tout en soutenant les forces générales de l'économie, il faut aussi viser le bacille et chercher à le détruire sur place.

M. Dubuc m'objecte que le traitement des ulcères infectieux de la cornée, que j'ai pris pour terme de comparaison, est chose facile, parce qu'on a la lésion sous les yeux et qu'en somme on voit ce qu'on fait. C'est vrai, aujourd'hui, cela paraît simple et facile, mais j'ai le souvenir très précis de l'étonnement et de l'incrédulité des médecins, quand Gayet et Martinache conseillèrent de toucher la cornée avec le fer rouge, en réalité, cette méthode à laquelle nous devons de si merveilleux succès aurait fini par être abandonnée, sans la perfection de l'outillage et la mise à la portée de tous du galvano-cautère.

On m'a dit également que les injections intra-pulmonaires que je considère comme la médication d'avenir de la tuberculose ont été déjà faites sans grands résultats favorables. A cela je répondrai que ce n'est pas une raison suffisante pour les abandonner, il faut en perfectionner la technique, essayer de nouveaux agents antiseptiques, varier les doses, etc.

Comme je le rappelais dans ma communication, on a essayé, il y a dix ans, d'injecter dans l'œil quelques gouttes de teinture d'iode pour guérir le décollement de la rétine; les résultats ont été désastreux. A force de tâtonner, j'ai fini par découvrir qu'en injectant le même médicament dilué par moitié d'eau et à la dose d'une seule goutte on obtenait de beaux succès.

— La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Association générale des médecins de France. — Le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales aura lieu dimanche 13 avril, à sept heures, à l'Hôtel-Continental, rue de Castiglione.

Assistance publique de Paris. — *Dons*. — Mlle T. de J... décédée à Paris le 28 janvier 1890, 3, rue Condorcet, a légué à l'Assistance publique la somme de 70,000 francs. — M. le docteur Gendrin, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, récemment décédé, a légué à l'Assistance publique une somme de 20,000 francs.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le vendredi 16 mai 1890, à midi, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 14 avril 1890, et sera clos définitivement le lundi 28 du même mois, à trois heures.

La médecine au Conseil municipal de Paris. — *Médecins inspecteurs des instituteurs et institutrices.* — Le Conseil a repoussé un projet de création de 4 médecins inspecteurs (2 hommes, 2 femmes) aux appointements de 3,000 francs dont les fonctions auraient consisté à s'occuper de l'état sanitaire des instituteurs et institutrices. — *Laboratoire de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu.* — Le Conseil, le 28 mars, a adopté les conclusions d'un rapport ayant trait à la création d'un laboratoire pour la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

École du service de santé de la marine. — Le Sénat a voté la prise en considération du projet de loi portant création d'une école de service de santé de la marine avec ses trois annexes, dans sa séance du vendredi dernier. Cette école devra fonctionner à partir de 1er novembre 1890. Bordeaux sera très probablement choisie, quoique Marseille fasse toutes les démarches nécessaires pour se trouver dans les conditions requises, c'est-à-dire pour transformer son École de plein exercice en Faculté. Le Conseil des ministres ne donnera son avis sur la ville choisie que lorsque le Conseil supérieur de l'instruction publique aura décidé si, oui ou non, Marseille doit devenir une Faculté.

Hôpital de la Charité. — M. le docteur Luys reprendra ses conférences cliniques le jeudi 1er mai, à dix heures (amphithéâtre du 2e étage).

Ces conférences auront pour objet les maladies de l'encéphale, et les applications cliniques des nouvelles méthodes dérivées de l'hypnotisme au traitement des maladies nerveuses.

Les élèves ainsi que les docteurs en médecine munis d'une carte spéciale sont seuls admis à suivre ces conférences. — On s'inscrit chez le concierge de l'hôpital.

Société médico-pratique. — Séance du 14 avril. — *Ordre du jour* : 1. M. Duchesne : Rapport sur la candidature de M. Deseille. — 2. M. Ory : Traitement de la blennorrhagie par la résorcine. — 3. M. Groussin : Polypes des fosses nasales ; ablation ; perte presque complète de l'odorat. — 4. M. Huchard : Observation de pseudo-méningite hystérique. — 5. M. Cadet de Gassicourt : Quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 6. — M. Cazenave de la Roche : Sur l'emploi de l'ergotinine dans les états congestifs du cerveau.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Champenois, ancien médecin inspecteur des armées. Demain jeudi, à midi, les obsèques seront célébrées en l'église Notre-Dame-des-Champs. A l'issue de la cérémonie, le corps sera transporté à Launois (Ardennes).

A céder de suite le bail d'un appartement au troisième étage, occupé par un médecin, près de la Porte-Saint-Martin. Loyer, 1,800 francs. — Demander les renseignements, 27, boulevard Saint-Michel, à la librairie.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Sur la séance annuelle de l'Association générale des médecins de France.

C'était dimanche dernier la trente et unième séance annuelle de l'Association générale. Comme toujours, elle était consacrée aux discours dont la lecture n'est suivie d'aucune discussion, les rapports et les questions d'affaires étant réservés pour la séance du lendemain; comme toujours, elle a été ouverte par une de ces allocutions charmantes dont notre cher et vénéré président a le secret. Arrêtons-nous sur cette page délicate, où tant de sentiments généreux sont exprimés dans une forme si aimable et si spirituelle.

Messieurs et chers collègues,

L'espoir que des amis pleureront notre sort
Charme l'instant suprême et console la mort.

Cette pensée du poète, Ricord a dû l'avoir présente, alors que finissait, au sein de la gloire et des vieilles amitiés, sa longue et heureuse existence.

Aux magnifiques obsèques de notre illustre et bien aimé vice-président se pressaient en foule des savants, des confrères, des disciples de tout âge, des clients et des amis de toute classe, mêlant leurs sympathies, leurs afflictions profondes, leurs bénédictions reconnaissantes. Jamais hommages plus nombreux, plus éclatants et plus mérités ne furent rendus à un médecin : douze orateurs ont parlé sur la tombe et ont enseveli le grand mort dans leurs louanges éloquentes.

La plupart de ces discours out été prononcés par des membres de l'Association, et le plus touchant de tous est celui de M. Riant, notre distingué secrétaire général. La main pieuse de la fille adoptive de Ricord les a recueillis en un précieux volume : je vous en recommande la lecture, et d'avance je réclame vos applaudissements et un vote de remerciements pour les panégyristes.

La vie de Ricord est, dans ses commencements, un roman, le *Roman d'un jeune homme pauvre* et, dans sa fin, elle deviendra légende. Il est bien le fils de ses œuvres : né aux Etats-Unis, d'émigrés français (son père s'était échappé des prisons de la Terreur), il revient en France vers la vingtième année. Il arrive à Paris sans moyens de vivre, sans vocation précise et sans autre ressource qu'une lettre de recommandation pour Cuvier. Une leçon de Dupuytren, à laquelle il assiste par hasard, décide de son avenir, il sera médecin. Interne des hôpitaux, il a pour maîtres Dupuyren et Lisfranc; il se fait recevoir docteur en 1826. Riche d'un unique par-

chemin, son diplôme, il lui faut incontinent se livrer à la pratique, et, médecin de campagne, il va exercer dans le Loiret, puis en Seine-et-Marne; il réussit dans la clientèle, il gagne même de l'argent et il fait (ô prodige!) des économies.

Mais ce bonheur calme ne suffit plus au jeune ambitieux qui sent sa force, et il retourne à Paris, préférant à la paix des champs la lutte pour l'existence; un concours s'ouvre, en 1828, pour une place de chirurgien du Bureau central, il se met sur les rangs et est nommé le premier. Trois ans plus tard, il entre à l'hôpital du Midi pour y passer un tiers de siècle.

La suite de cette étonnante histoire, nous la connaissons et nous l'admirons tous. Quel changement! Le modeste praticien de village s'est révélé un chirurgien habile et ingénieux, un remarquable clinicien, un professeur incomparable. Il débrouille le chaos des maladies vénériennes et retrouve la syphilis perdue dans la doctrine de Broussais : il en est l'historien, le législateur, le thérapeute. Il fonde l'Ecole du Midi, où son merveilleux enseignement attire les docteurs de tous les pays. Sa renommée, vraiment universelle, fait de lui le médecin des deux mondes et de tous les mondes (prolétaires, bourgeois, princes et rois, empereurs même); ces grands de la terre, ayant le courage de leur reconnaissance, le comblent d'honneurs et d'honoraires.

Ce période de richesse et de gloire croissantes (l'élection de Ricord à la présidence de l'Académie date de 1868), ce période se prolonge avec le même éclat et dans les mêmes bonheurs jusqu'aux derniers soirs de la plus enviable vieillesse.

« Notre existence est toujours l'image de nous-mêmes, et nous y mettons tout ce que nous sommes. » Dans la sienne, Ricord à mis, outre le génie chirurgical, son esprit et son cœur : il fut dévoué tout entier à la science, à la patrie, à la l'humanité. — Spirituel et charmeur, il était d'une gaieté étincelante, intarissable et toujours invincible aux traverses de la vie; il faisait entrer l'esprit gaulois dans le traitement de la syphilis et l'employait à doses aussi élevées que le mercure et l'iodure de potassium. — D'une bonté exquise et d'une générosité sans bornes, il était surtout tendre aux humbles et consolateur des souffrants; il donnait sans réserve, avec ce sourire inoubliable qui épanouissait son visage et montrait son plaisir à donner. — Patriote, il fonda et dirigea les ambulances de la Presse pendant l'année terrible : c'est avec une juvénile iusouciance que ce volontaire de soixante-dix ans affrontait le danger, et, tranquillement audacieux sur le champ de bataille, il se prodiguait à nos blessés. — Il faisait naître l'amitié autour de lui et ne laissait jamais mourir : il aima et fut aimé.

Dans notre Association amicale, Ricord a été l'ouvrier de la première heure, ou plutôt de toutes les heures : membre du Conseil dès la fondation, vice-président depuis la mort de Bouillaud en 1882, il comptait trente années de services, je dirai mieux, trente années de bienfaits, puisqu'à chaque Assemblée générale il versait une forte contribution dans la caisse des déshérités. Il a assuré la continuité de cette donation par le legs d'une somme de dix mille francs, fidèle ainsi à la promesse qu'il nous en avait faite, au dessert, après un toast, dans un de ces banquets de l'Association où l'on ne s'enivre que de fraternité, banquets amicaux dont il était l'ornement et la joie.

A ce bienfaiteur perpétuel, vouons une perpétuelle gratitude ! Et pour prouver que ce ne sont point là de vains mots, adhérons à la souscription qui vient d'être ouverte pour l'érection d'une statue à Ricord. Cette statue s'élèvera sur la place de l'hôpital du Midi, qui déjà porte son nom : elle sera de bronze ou de marbre ; elle serait d'or si tous les malades guéris par l'archiâtre, *Veneris minister et sacerdos*, pouvaient apporter une offrande à leur sauveur secret.

Les donc accordés aux Sociétés charitables attirent les dons : le trésor social, augmenté cette année par les dernières libéralités de Mme la baronne Cloquet, s'enrichira d'un legs important de Mme Huguier. Veuve du chirurgien qui fut un des précurseurs de la gynécologie, Mme Huguier était une de ces nobles femmes qui pensent que le plus sûr moyen de soulager leur douleur est d'accomplir, leur époux mort, les vœux qu'il avait fait vivant. Au lendemain même du décès de M. Huguier, en 1874, elle remettait des titres de rente, qu'elle eût pu garder comme usufruitière, à l'Académie de médecine, à la Société de chirurgie, à l'Ecole des Beaux-Arts et à la Société centrale pour cotisation perpétuée.

Par l'exécution immédiate de ces legs, elle restait avec son mari, même après la séparation, en communion de sentiments, et il semble qu'elle ait voulu continuer ainsi cette union heureuse où, suivant l'expression de Montaigne, « la Société, tout le temps qu'elle a duré, a été loyale et douce ».

Les longues années du veuvage, Mme Huguier en allégea la tristesse par la pratique des bonnes œuvres, ainsi que par les pures jouissances de la charité et de l'amitié : ses amis étaient devenus sa famille, et, dans la compagnie de ces parents de choix, elle se montrait constamment toute bonne et toute aimable; à chacun elle a laissé une part dans sa fortune.

La mémoire de son mari était pour elle un culte, et elle y demeura fidèle par delà le tombeau; outre la somme destinée aux pauvres de son arrondissement, elle a laissé un souvenir aux religieuses qui avaient desservi l'ambulance de Saint-Augustin dont M. Huguier était le chirurgien; elle a légué à la ville de Sézanne, où il était né, sa bibliothèque et une somme de cinquante mille francs; enfin, elle a presque doublé la valeur des rentes abandonnées par elle quinze ans auparavant.

Mme Huguier ne faisait que de bonnes lectures : elle lisait l'Annuaire de l'Association et les comptes rendus de la Société centrale. Cette lecture lui a profité et à nous bien davantage, car elle a laissé par testament quinze mille francs à l'Association générale, et, à la Société centrale, la nue-propriété d'une rente viagère de six mille francs. Nous avons appris en même temps et la mort de notre bienfaitrice et son immense libéralité. Les louanges reconnaissantes que lui doit l'Association, je les adresse à sa mémoire : elles auront un écho dans le cœur de ses amis.

Elles ne sont pas rares, dans notre Association, ces dignes épouses qui rattachent au nom de l'époux leurs gracieuses largesses et ravivent ainsi parmi nous la souvenance des illustres disparus : j'ai nommé Mme Gosselin, Mme Cloquet, et aujourd'hui Mme Chauffard.

Nombreux sont, en 1890, les bienfaiteurs dont la générosité ingénieuse trouve toujours une raison pour faire le bien. M. Brun aura tout à l'heure le plaisir de vous en dérouler la liste; qu'il me permette d'en citer d'avance quelques-uns : M. Lereboullet, qui a hérité du talent et des titres scienti-

fiques de Dechambre, et M. Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône et professeur de clinique médicale à l'Ecole de Marseille, ont célébré par un don à nos affligés leur victoire académique. — M. Laveran, professeur d'hygiène au Val-de-Grâce, vient d'obtenir le prix Bréant pour la découverte des hématozoaires de l'impaludisme : il a détaché de son laurier une branche pour nos malheureux. — Quatre membres du Conseil, MM. Cazeneuve, vice-président de l'Association, Burdel, président du Cher, Hugot, de l'Aisne, et Hameau, de la Gironde, empêchés de venir à l'Assemblée générale, ont envoyé une excuse de leur absence sur papier timbré de la Banque de France : notre trésorier a trouvé cette excuse très valable. — Je cite encore à l'ordre du jour MM. Marjolin et Lannelongue qui veulent bien, chaque année, payer mille francs leur abonnement à la Caisse des pensions.

Merci à tous ces donateurs; à voir l'incessance de leurs générosités, on peut affirmer que, pour ces médecins compatissants, il est aussi doux de donner que de recevoir.

Que la charité confraternelle, incitée par ces beaux exemples, redouble d'efforts pour accroître les ressources à l'égal des misères toujours croissantes. Que le budget incessamment grossi, sans impôts nouveaux, permette d'étendre l'assistance, et surtout d'augmenter le taux des pensions viagères. Il faut nécessairement que le chiffre actuel, en absorbant les capitaux disponibles, puisse être élevé d'une manière progressive, jusqu'au jour où sera atteint le maximum de douze cents francs, maximum fixé par un contrat dressé il y a vingt ans et que plus de dix mille co-sociétaires ont signé. Ce jour fortuné proclamera le triomphe de l'Association, les mérites de ceux qui l'ont servie et la gloire de ceux qui l'ont créée.

Chers confrères, notre très dévoué secrétaire-général M. Riant vous fera (avec le talent que vous appréciez) le récit des actes de l'Association pendant le dernier exercice : il vous dira les travaux des Sociétés locales et du Conseil, les progrès réalisés par notre chère Fédération ; nos espérances bien fondées de voir une législation sérieusement protectrice de notre dignité et de nos intérêts inaugurer comme une ère nouvelle; il vous signalera nos efforts pour appliquer plus largement la mutualité confraternelle ; enfin il vous montrera dans leur réalité vivante les bienfaits de l'Association, et vous comprendrez qu'elle devienne plus prospère et plus puissante à mesure que s'accusent et se multiplient les services rendus par elle au corps médical et à la chose publique.

Cette prospérité, cette force et cette grandeur, à qui les devons-nous si ce n'est à nous-mêmes, à l'esprit de concorde et d'union, de solidarité, de fraternité vraie qui nous animent? La flamme de ces vertus heureuses, ne la laissons pas s'éteindre. Mes frères, soyons joints, que l'amour nous accorde, et que toujours notre multitude amie ne fasse qu'un cœur et une âme!

L'éloquence des chiffres, elle aussi, a eu ses légitimes applaudissements. Trois cents nouveaux sociétaires, plus de 60,000 francs ajoutés à la Caisse des pensions viagères, qui monte aujourd'hui au beau chiffre de 1,345,000 fr. environ, sont d'heureux symptômes de prospérité. En présence d'une situation qui, tous les jours, devient plus brillante, que pouvait être le rapport

de M. le docteur Passant sur la question financière du trésorier, sinon l'éloge toujours pareil, mais aussi toujours sincère et traduisant la reconnaissance de tous pour un dévouement qui ne se fatigue pas? Le rapport de M. Richelot sur les pensions viagères, lui aussi, ne pouvait contenir que « d'heureuses banalités » : tous les appels de nos sociétaires malheureux sont écoutés, l'Association est en état de satisfaire à toutes les demandes.

Les membres sortant du Conseil général, MM. L. Thomas, Hugot, Boutin, Marjolin, Horteloup, Vidal, ont été réélus. Deux noms sympathiques ont été ajoutés à cette liste : M. Leroux, président de la Société locale de Seine-et-Oise, prend la place de M. Pénard, nommé membre honoraire du Conseil à la satisfaction générale; et M. Millard celle du professeur Lannelongue, appelé à d'autres fonctions par une acclamation unanime. M. Lannelongue devient vice-président de l'Association; en succédant à Ricord, il remercie l'Assemblée de la « touchante manifestation » qu'elle vient de faire sur son nom, et lui promet son temps et son dévouement si de graves questions venaient à surgir.

La séance se termine par le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1889. Nous ne dirons qu'un mot du discours de M. Riant, qui était la pièce de résistance de cette première journée, et dont nous publierons prochainement les passages principaux; ou l'a écouté sans fatigue, en soulignant maints endroits par de chaleureux applaudissements, et l'heure qu'a duré cette lecture a paru courte.

Le soir, les Présidents et Délégués des Sociétés locales, les membres du bureau et un grand nombre de confrères parisiens étaient réunis à l'Hôtel-Continental. Les toasts suivants ont été portés :

Par M. Roger aux Sociétés locales :

Messieurs les présidents et délégués des Sociétés locales,

Je vous souhaite de grand cœur la bienvenue à tous. Votre présence parmi nous est, chaque année, comme un signal de renouveau et de juvénile allégresse.

Le jour où vous venez vous asseoir à ces agapes confraternelles, l'hiver, le triste hiver s'éloigne (à pas lents cette fois), le doux printemps s'annonce et commence à sourire; la vie renaît; c'est comme une nouvelle effusion de nos cordiales sympathies qui vient encore cimenter notre vieille, mais toujours jeune fédération.

Chers confrères, salut à vous! Vous êtes les aimables avant-coureurs des jours heureux.

Salut à vous! Vous êtes les interprètes fidèles des vœux et des aspirations de nos Sociétés sœurs.

Salut à vous! Vous êtes les messagers de la paix et de l'amitié.

L'amitié, c'est le mariage des âmes, et ce mariage n'est point sujet au divorce, il échappe à la loi de notre confrère Naquet.

Chers amis, je bois avec vous à l'éternité de notre sainte union, indissoluble et indivisible!

Par M. Tourdes au Président de l'Association :

Messieurs et honorés confrères,

Je dois à l'ancienneté de mon affection pour la profession médicale, et sans doute aussi au souvenir de Strasbourg, l'honneur de répondre à ce toast qui vient d'exprimer, en termes si émouvants et si justes, des sentiments qui sont les nôtres.

Le bien public est notre but; nous y concourons en développant, en fortifiant nos ins-

titutions médicales. Le programme même de ces séances est une preuve de l'utile direction, de la constance de ces efforts. Une sympathie naturelle nous réunit, fondée sur cette communauté d'intérêts, de pensées et de travaux. L'esprit d'association, à toutes les époques, a caractérisé la profession médicale, et a produit des effets en rapport avec les progrès sociaux. Ce que chacun de nous a pu faire d'utile profite à tous. Honorons les maîtres de la science! Peut-elle être mieux représentée que par celui qui nous préside, et qui joint à la situation que lui ont faite ses travaux ces qualités du cœur qui animent et vivifient notre Œuvre, et ces actes qui contribuent à assurer son avenir.

A M. Roger, au président de l'Association des médecins de France, affection, respect et reconnaissance, expression de nos sentiments unanimes.

Par M. Brouardel aux Conseils judiciaires de l'Association :

Messieurs,

Je vous propose de lever votre verre et de le vider en l'honneur des membres de notre Conseil judiciaire.

Jamais ils n'ont eu à nous donner de plus nombreux conseils, jamais ils ne les ont donnés plus fructueux.

S'il est vrai que nous ne sommes que des « fins de siècle » et que chez nous toutes les qualités vont en déclinant, s'il est vrai que, grâce aux médecins, certaines maladies peuvent elles-mêmes être atténuées, avouons que cet affaissement des qualités et des défauts n'a pas atteint les membres de notre Conseil. Ils ont foi dans la justice, l'éloquence, le dévouement des hommes qui entrent dans une ère nouvelle. Depuis trente ans, ils sont nos compagnons de chaque jour, des compagnons qui parfois ne craignent pas de nous remettre dans le chemin légal, qnand nous confondons nos intérêts légitimes et la légalité idéale qui devrait être leur sanction.

Dans son discours si jeune, si spirituel, notre cher Président vous a dit quel rôle les Conseils judiciaires de toutes les Associations locales avaient eu à remplir cette année. M. Riant vous a cité de nombreux exemples dans son rapport si plein de faits. Demain, nous aurons à chaque instant à invoquer leur avis, et à nous appuyer sur leur autorité. Je vous demande de lever votre verre pour les remercier de ce puissant concours, pour leur souhaiter longue carrière, la prospérité de l'Association leur est due pour une large part. Honneur à eux!

Par maître Vannesson, en réponse à M. Brouardel :

Messieurs,

Vous n'êtes pas sans connaître une vieille chanson qui, si je ne me trompe, finissait ainsi : « C'est toujours la même chose, mais çà fait toujours plaisir. »

N'en riez pas surtout, car cette formule un peu badine contient bien des vérités.

Toujours la même chose, dira-t-on, que les remerciements chaleureux dont les plus éminents des vôtres comblent chaque année les membres de votre Conseil judiciaire! Mais qui, de mes confrères ou moi, pourrait se lasser de voir apprécier au microscope les légers services que nous sommes appelés à vous rendre? Que voulez-vous? Il ne faut pas nous en vouloir; nous ne sommes pas seulement des avocats, nous sommes aussi des hommes et, comme tels, sensibles à la flatterie, çà nous fait toujours plaisir.

Toujours la même chose, les donations et les libéralités incessantes qui viennent grossir chaque année la caisse de votre Association, et pourtant je connais un infatigable trésorier qui ne me démentira certes pas si je me permets d'ajouter qu'à lui aussi çà fait toujours plaisir.

Toujours la même chose également, les pensions que vous décernez, chaque année plus nombreuses, et pourtant auquel d'entre vous çà ne fait-il pas plaisir de pouvoir annoncer ce résultat, impatiemment attendu, au pauvre vieux confrère malade, oublié de la fortune, qui accueille d'un sourire de satisfaction depuis trop longtemps banni de ses lèvres, la bonne nouvelle que vous lui apportez.

Toujours la même chose, ces banquets annuels, et cependant l'empressement de chacun de vous à s'y rendre, après avoir chaudement discuté les questions intéressant votre profession, n'est-il pas la démonstration évidente du plaisir que vous trouvez à vous réunir.

Il n'est enfin, messieurs, jusqu'à celui qui a, en ce moment, l'honneur de vous adresser ces quelques mots qui ne se lève, tremblant, chaque fois qu'arrive son tour et qui ne craigne qu'on dise en parlant de son toast : « Allons, c'est toujours la même chose ! »

Ah ! Messieurs, pensez-le, si vous le voulez, dites le même, je ne vous en voudrai pas, mais à une condition toutefois, c'est que, levant votre verre avec moi, vous me fassiez cette concession qui est la seule à laquelle je tienne, c'est que si, quand mes confrères ou moi, nous venons vous remercier de l'accueil empressé que nous trouvons parmi vous, nous disons toujours la même chose, vous soyez en tout cas bien assurés de ceci, c'est qu'à nous aussi çà fait toujours plaisir.

Enfin, M. le baron Larrey s'est exprimé ainsi :

Un mot seulement, Messieurs. A notre illustre et bien regretté confrère Ricord! Si M. Diday avait été là, c'est lui qui aurait pris la parole, et vous savez dans quels termes il aurait su le faire. Je me borne à vous rappeler son nom, et à regretter qu'il ne soit pas au milieu de nous pour remplir ce pieux devoir.

A la mémoire de Ricord!

BIBLIOTHÈQUE

Bibliographie française de l'art dentaire, par le docteur Th. David, directeur de l'Ecole dentaire, chirurgien-dentiste des hôpitaux de Paris, précédé d'une préface de M. le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine de Paris. — Paris, Félix Alcan.

Se tenir au courant des progrès quotidiens de la science, ou vouloir étudier utilement un sujet quelconque, est presque impossible à notre époque, où l'on publie tant, si l'on ne possède pas un guide qui vous fournisse le relevé exact, méthodique et complet de tous les ouvrages traitant de la matière qui vous intéresse.

C'est pour satisfaire ce besoin, de plus en plus impérieux, que paraissent maintenant d'importantes monographies bibliographiques. Œuvres de spécialistes compétents et consciencieux, elles rendent d'immenses services, font économiser beaucoup de temps.

Au premier rang de ces répertoires si utiles, mais si difficiles à établir, il convient de placer la *Bibliographie française de l'art dentaire* que le docteur Th. David, directeur de l'Ecole dentaire, chirurgien dentiste des hôpitaux, vient de publier.

C'est l'inventaire, aussi complet que possible, de ce qu'ont produit les médecins, chirurgiens et dentistes français, non seulement sur les dents et leurs affections, c'est-à-dire sur la chirurgie dentaire proprement dite, mais encore sur les maladies de la bouche et de ses dépendances, qui peuvent se trouver en relation d'origine ou de traitement avec les affections dentaires.

On y trouve même des prospectus, des réclames qui n'ont qu'un intérêt historique, celui de faire revivre un certain nombre de praticiens qui devront à cette mention de ne pas rester absolument ignorés.

La première partie de la *Bibliographie française de l'art dentaire* contient par ordre alphabétique des noms d'auteurs, et pour chacun de ceux-ci, par ordre chronologique, le titre complet des ouvrages mentionnés. Le volume se termine par une table des matières dressées d'après l'ordre alphabétique des sujets traités.

En cherchant, par exemple, aux mots : *abcès*, *amygdales*, *anesthésie*, *bec-de-lièvre*, etc., le travailleur (même le moins versé dans la connaissance des systèmes bibliographiques) trouvera sans peine, sous ces rubriques, tous les noms des auteurs qui ont écrit sur ces sujets et dont la première partie du volume fournit les titres complets.

La présente bibliographie comprend seulement les titres des journaux, des revues, des livres, des thèses et des tirages à part relatifs à l'art dentaire.

M. le docteur David se propose de la compléter plus tard par un autre travail, fort avancé aujourd'hui, dans lequel il indiquera, d'après le même plan, tous les articles publiés sur sa spécialité, par les revues et journaux scientifiques français.

Telle qu'elle est présentée, cette œuvre met en lumière certains faits intéressants à relever.

1° Nous possédons une telle richesse de documents que nous ne craignons la comparaison avec une autre nation.

2° A une époque où l'ondotologie était absolument inconnue à l'étranger, nous avions en France quantité d'ouvrages qui sont encore aujourd'hui classiques; traduits en toutes les langues, ils ont servi de fondement à la chirurgie dentaire, et ont couvert certains dentistes français d'un éclat sans égal.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Les injections intra-veineuses des sels de quinine dans l'infection malarique, par M. le professeur Bacelli. — Le maître distingué de l'Université romaine, dont les travaux sur les fièvres intermittentes sont connus depuis longtemps des lecteurs de l'*Union*, a publié, dans le n° 12 de février de la *Gazetta degli Ospitali*, un article où nous retrouvons un extrait de ce que ce clinicien disait à Rome au deuxième Congrès de la Société italienne de médecine, au sujet des injections quiniques intra-veineuses dans la malaria. Pour M. le professeur Bacelli, les injections intra-veineuses pratiquées avec antisepsie et asepsie rigoureuses et une technique exacte constituent le remède le plus prompt, le plus efficace de la thérapeutique des fièvres pernicieuses.

Voici la formule recommandée

Chlorhydrate de quinine	1 gramme.
Chlorure de sodium	0 gr. 75 centig.
Eau distillée	10 grammes.

Voici comment opère ce clinicien : il rend turgides les veines de l'avant-bras, introduit une aiguille de Pravaz dans un des petits rameaux veineux du pli du bras, de préférence à une grosse veine, afin d'éviter les thrombus, et injecte 40 à 60 centigrammes en une fois de la dose formulée plus haut. Avant de faire pénétrer très lentement le liquide, il faut enlever la ligature du bras.

La quantité de médicament a été portée plusieurs fois à 1 gramme dans plusieurs cas de fièvres pernicieuses graves à forme comateuse, et, chaque fois, le résultat a été excellent.

En outre du sel quinique, l'auteur relève les forces de ses sujets par des analeptiques, des excitants cardiaques et des injections d'éther à doses répétées, 5 à 10 grammes dans les vingt-quatre heures.

M. le professeur Bacelli a examiné le sang de ces malades de demi-heure en demi-heure, après l'injection de 1 gramme de quinine; il n'a constaté aucune modification dans les six premières heures dans le nombre, la forme, le mouvement amiboïde des parasites; il a trouvé seulement un peu d'axagération dans ces mouvements dans les deux ou trois premières heures.

Ce qui reste acquis, c'est que, après vingt-quatre heures, presque tous les parasites de la malaria disparaissent sans qu'on puisse constater une période de régression ou de mort. En outre, au point de vue thérapeutique, on constate la diminution et très souvent la suppression de l'accès. Voilà le résultat pratique des expériences de M. le professeur Bacelli. C'est la seule méthode qui assure un résultat aussi certain dans les cas de fièvres pernicieuses graves si promptement mortelles.

Sur l'hémoglobinurie paroxystique de quinine. — Contribution à l'existence de de la maladie de Tomaselli. — Etude clinique de M. le docteur PASQUALE MOSCATO. (Nos 17, 18 et 19 *della Gazzetta degli ospitali.*) — L'auteur s'est efforcé, dans ce travail, de combattre les objections qui ont été faites dans le Congrès de médecine interne de Rome, qui tendaient à nier l'existence de la fièvre ictéro-hématurique de quinine, décrite pour la première fois par M. le professeur Tomaselli.

De nombreuses expériences et une série d'observations cliniques ont attiré l'attention sur l'hémoglobinurie causée par l'usage de la quinine. M. le docteur Moscato reproche à M. le professeur Bacelli d'avoir passé sous silence les faits cliniques si bien décrits par le professeur Tomaselli, et appelle de nouveau l'attention sur la fièvre ictéro-hématurique de quinine, qui comprend le phénomène de l'hémoglobinurie qui accompagne presque toujours ce syndrome morbide.

Cinq nouveaux faits de formes diverses, pneumonie fibrineuse, malaria, etc., viennent confirmer l'existence d'une fièvre spéciale et d'un phénomène particulier, l'hémoglobinurie, qu'on ne doit pas confondre avec l'hématurie, dans quelques cas graves de fièvre miasmatique paludéenne.

Hémichorée post-hémiplégique par méningo-encéphalite infantile de cause syphilitique. — Note clinique du docteur Alfred RUBINO. (In *La Riforma*, n° 21.) — M. B..., âgée de 9 ans, de père vivant et sain, mème morte à 28 ans de phthisie pulmonaire, aucun antécédent nerveux héréditaire ni en ligne directe, ni en ligne collatérale.

A 11 mois, on constate sur la langue une petite plaie qui disparaît promptement; l'enfant prenait encore le sein d'une nourrice parfaitement saine d'apparence. Peu de jours après, l'enfant est abattu, a de la fièvre, et il survient de la contraction du bras et de la jambe gauche et du trismus.

Quelques jours après, ces phénomènes s'amendent, mais on constate que la petite plaie s'est reproduite et a détruit la pointe de la langue. On reconnaît, enfin, qu'il s'agit d'une affection syphilitique et on finit par découvrir que la nourrice a eu jadis cette maladie. Un traitement spécial apporte un grand soulagement au bébé; il lui reste seulement de l'hémichorée du côté gauche qui dure pendant quelques années, donnant à l'enfant l'aspect spécial des hémiplégiques incomplets. Il s'agissait, dans ce cas, d'un foyer d'encéphalite corticale avec participation probable des méninges dans l'hémisphère gauche, dont la cause syphilitique n'était pas douteuse, et pourtant celle-ci n'était pas bien nette, car on n'avait jamais eu à constater d'éruptions spécifiques; c'est donc une sorte de syphilis fruste comme on en a constaté plusieurs faits, et comme cela se rencontre dans certaines fièvres éruptives qui manquent d'éruptions.

Quant à la persistance des phénomènes post-hémiplégiques, on doit les attribuer au processus scléreux consécutif à l'inflammation aiguë et ensuite à l'atrophie de la partie corticale qui en a été le siège primitif. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 avril. — Présidence de M. TERRIER.

SOMMAIRE : Traitement de la lithiase biliaire. — Traitement de l'ectopie testiculaire.

M. DUBREUIL (de Montpellier) communique un cas de *kyste hydatique de la mamelle* développé chez une femme de 44 ans. Une ponction montra que le kyste avait suppuré. La guérison fut obtenue sans incision par des injections modificatrices.

— M. PONCET adresse une note sur la *stérilisation des instruments en gomme* et la conservation de cette stérilisation. Il les place dans de la poudre de talc qui a été préalablement portée à 140° pendant une demi-heure. Le tout est renfermé dans un meuble en cuivre.

— M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de M. Chénieux (de Limoges) rela-

tive à une *blessure du frontal gauche par un éclat de canon de fusil.* L'éclat allait jusqu'aux os de la base du crâne. Son extraction fut suivie de crises convulsives et le malade succomba. Le corps étranger avait d'abord été assez bien toléré. Il aurait été utile de faire une incision exploratrice afin de voir ce qui causait les crises épileptiformes.

M. Chauvel lit un autre rapport relatif à une observation de *gliome de la rétine* envoyée par M. Lagrange (de Bordeaux). L'opération avait été rendue nécessaire par des accidents de glaucome; jusqu'à présent (onze mois), elle n'a pas été suivie de récidive. Le gliome est beaucoup moins grave que le sarcome de la choroïde; 94 cas ont donné 20 guérisons temporaires avec longue survie. Dans toutes ces tumeurs de l'œil il faut intervenir rapidement.

— M. Terrillon fait un rapport sur une observation de M. Chaput concernant un cas de *cholécystotomie avec guérison rapide de la fistule biliaire.* La malade souffrait d'accidents de lithiase biliaire depuis 13 ans, lorsqu'une tumeur apparut dans la région de la vésicule biliaire et fut reconnue être formée par la dilatation de cette dernière.

M. Chaput résolut d'intervenir sans faire de ponction, car cette pratique est une cause de dangers, et ouvrit directement l'abdomen. La vésicule amenée au dehors et entourée de gaze antiseptique fut ponctionnée, puis longuement incisée. Après évacuation du liquide, qui présentait les caractères de la bile, M. Chaput trouva un calcul enclavé dans le canal cystique et eut la plus grande peine à l'extraire. M. Terrillon dans un cas analogue eut aussi beaucoup de difficultés pour enlever le calcul ; il dut l'évider avec une pince à griffes, puis le briser avec les doigts. M. Chaput, avant de faire l'extraction, sutura la vésicule à la paroi abdominale. Cette pratique ne semble pas indispensable à M. Terrillon, car on peut toujours attirer la vésicule suffisamment au dehors pour éviter tout danger de souiller le péritoine. M. Chaput parvint à faire basculer le calcul à l'aide d'une sonde.

Après quelques jours, l'état local et général étant excellent, la fistule fut oblitérée ; pour cela on fit l'abrasion de la muqueuse des bords à l'aide de la curette tranchante, puis après, décollement dans l'étendue d'un centimètre des adhérences à la paroi, une suture au surjet ferma l'ouverture. Le succès fut complet.

Pour M. Terrillon, il est très exceptionnellement indiqué d'obturer aussi rapidement les fistules. Cette manière d'agir exige que l'on soit sûr que le cholédoque est libre. Or, cette circonstance se présente fort rarement. Le procédé de M. Chaput n'aurait donc que des indications restreintes.

M. Terrier fait remarquer que, quand la vésicule ne communique plus avec le canal cholédoque, il est inutile de la laisser ouverte. Si ce canal est obstrué, et que, d'autre part, la vésicule ouverte reçoive toujours de la bile, il faut faire la *cholécystentérostomie* qui est l'opération de choix. M. Terrier a fait cette opération une fois, et sa malade vient de mourir à la suite de l'évolution d'un cancer de la tête du pancréas qui avait été la cause des premiers accidents. Elle n'a jamais eu d'ictère depuis l'intervention, ce qui prouve que la fistule établie entre la vésicule et le duodénum fonctionnait parfaitement.

M. Tillaux considère que cette opération, due à Winiwarter, est indiquée quand le canal cholédoque est imperméable. Il y a eu recours dans un cas de cancer du pancréas, mais le malade a succombé rapidement.

M. Terrier attribue la première cholécystentérostomie régulière à un médecin russe, le docteur Monatstyrki.

Pour M. Terrillon, l'opération ne doit pas toujours être possible, par suite des adhérences de la vésicule à la paroi.

— M. Richelot fait une communication sur le traitement de l'*ectopie testiculaire.* Le massage et l'orchidopexie, c'est-à-dire la fixation de la glande au fond du scrotum par un point de suture, ne sont pas suffisants pour guérir la maladie ; ces manœuvres ne réussissent guère que chez les très jeunes enfants.

Le traitement comporte deux grandes indications : il faut sauver le testicule, guérir ou préserver une hernie congénitale.

Il faut d'abord supprimer le conduit vagino-péritonéal, c'est-à-dire faire la cure radicale préventive de la hernie en supprimant le canal séreux. Le simple capitonnage est insuffisant. L'enlèvement du canal empêche le testicule de remonter, puisqu'il est désormais enfermé dans sa vaginale.

Cependant cette pratique ne suffit pas toujours à empêcher l'ascension de la glande. L'orchidopexie ne peut pas l'empêcher non plus.

Pour éviter que le testicule ne remonte, il y a deux moyens : sectionner les fibres du crémaster, fixer le cordon au niveau du trajet inguinal. Il convient de les employer tous les deux.

Quand le cordon est court, il peut être difficile d'abaisser suffisamment la glande; mais elle reste toujours où on la place.

Pour M. Lucas-Championnière, il faut admettre deux classes d'ectopies testiculaires : celles que l'on observe chez les enfants jeunes disparaissent par le développement; le traitement préconisé par M. Tuffier leur convient (massage et orchidopexie); celles observées chez les jeunes hommes, et dans lesquelles le testicule est très difficile à abaisser. Dans ces dernières, qui sont rares, il faut recourir à une opération plus complète, ainsi que le dit M. Richelot. M. Lucas Championnière fait alors la cure radicale de la hernie, isole la glande, reconstitue la vaginale et lui crée une place dans le scrotum par le refoulement des tissus. L'orchidopexie n'offre aucun danger; on peut donc toujours fixer le testicule; cela aide encore à empêcher l'ascension. L'important, dans l'opération, est de sectionner complètement les tissus fibreux qui environnent et fixent le testicule et le cordon; ce temps est souvent pénible. Le testicule doit être, finalement, simplement suspendu au canal déférent et à l'artère spermatique. Malgré tout, il peut conserver une légère tendance à remonter; dans ces cas, le canal déférent est habituellement court.

Dans les cas où M. Reclus a fait la cure radicale et l'orchidopexie, il n'a obtenu que de mauvais résultats. Toujours le testicule remontait. Il est vrai que M. Reclus n'a pas fait les dissections minutieuses que recommande M. Richelot. Il lui semble que cette opération est loin d'être toujours nécessaire, car souvent le testicule est inutile, se trouvant transformé en tissu fibreux. D'autre part, peut-être l'atrophie de la glande est-elle à craindre quand on détruit toutes les adhérences.

M. Monod a obtenu, dans un cas, d'excellents résultats avec la méthode de M. Richelot. Il a cependant fixé le testicule. Il y a des cas où le canal vagino-péritonéal manque. Souvent il est très difficile d'affirmer qu'un testicule est devenu inutile.

M. Gérard Marchand a fait une fois la fixation et n'a eu qu'un succès incomplet. Il y avait une collerette fibreuse qui serrait la partie supérieure du testicule et de l'épididyme et s'insérait aux piliers de l'anneau externe du canal inguinal.

Un malade de M. Marchand n'a pu être guéri ni par l'orchidopexie, faite par M. Routier, ni par le capitonnage du canal vagino-péritonéal. On a dû faire la castration, qui a permis de constater que le testicule était atrophié.

M. Routier fait remarquer que son malade n'avait ni pointe de hernie ni canal.

M. Richelot ne croit pas l'orchidopexie suffisante dans la majorité des cas. M. Reclus n'a pas fait des opérations aussi complètes que lui, ce qui explique peut-être ses insuccès. La lésion de l'artère spermatique n'est pas certainement suivie de l'atrophie de la glande; on peut cependant faire la suture du cordon assez superficielle pour être sûr de l'épargner.

— M. Tuffier présente les pièces d'une grossesse extra-utérine; le fœtus est calcifié.

FORMULAIRE

Traitement de la rétroflexion utérine. — De Sinéty.

Dans le cas de rétroflexion utérine non gravide, s'efforcer de remédier à la métrite ou

à la paramétrite concomitantes. On prescrit dans ce but les irrigations très chaudes, les bains alcalins, les pansements vaginaux avec des tampons imbibés de glycérine iodurée. S'il se produit des métrorrhagies, on donne la poudre d'ergot de seigle à la dose de 30 à 40 centigrammes par jour, en deux prises, pendant l'espace intermenstruel. Dès que les règles apparaissent, remplacer l'ergot par le perchlorure de fer, dont on administre 3 ou 4 gouttes dans de l'eau sucrée, 3 fois par jour, au moment des repas. — Si la médication générale est insuffisante, et que les troubles morbides persistent, on réduit l'organe déplacé, et on cherche à le maintenir dans ses axes normaux, au moyen de tampons ou de pessaires et particulièrement du pessaire en 8 de chiffre ou en traîneau. Les pessaires intra-utérins sont rarement indiqués; on ne doit y recourir que dans quelques circonstances exceptionnelles. — Dans le cas de rétroflexion de l'utérus gravide, on procède à la réduction le plus tôt possible, et si celle-ci ne peut s'effectuer, il y a lieu de provoquer l'avortement. — N. G.

COURRIER

La mortalité par variole dans plusieurs villes d'Angleterre, d'Allemagne et de France en 1889. — Il y a quelques jours nous apprenions par une discussion à l'Académie de médecine de Paris que la petite vérole faisait beaucoup de victimes à l'île de la Réunion et que le gouvernement de la métropole, usant de son autorité, allait décréter dans cette île la vaccination obligatoire. Aussi allons-nous assister à ce curieux spectacle de voir les colonies françaises mieux protégées contre la variole que la France elle-même, car, on ne saurait trop le répéter, la variole est une cause de dépopulation pour la France.

Consultons pour l'année 1889 les tableaux statistiques du docteur Janssens (de Bruxelles). Nous y lisons que 15 villes françaises comptant 4,135,607 habitants ont enregistré 673 décès par variole. Comme il n'y a pas de raison pour que les autres villes et villages ne fournissent pas autant de décès, la France avec ses 38 millions d'habitants ne compterait pas moins de six mille décès auxquels il faudrait joindre ceux que la maladie aveugle ou défigure.

Ce quantum mortuaire n'est-il pas effrayant, quand il s'agit d'une maladie contre laquelle nous possédons un prophylactique certain, appliqué gratuitement par les soins de l'Etat, des départements ou des communes!

En Angleterre et en Allemagne où la vaccine est obligatoire et *obligatoirement* pratiquée, la mortalité par variole tend à disparaître.

En Angleterre (année 1889), 14 villes comptant 8,667,196 habitants n'ont eu que 8 décès par variole, soit moins de 1 décès pour 1 million d'habitants.

Dans l'Allemagne du Nord les résultats sont encore plus satisfaisants, puisqu'il n'y a que 1 décès par petite vérole dans 23 villes avec une population de 5,304,823 habitants.

Pour trouver une mortalité par variole plus forte qu'en France, il faut aller en Italie, en Espagne ou dans les pays slaves. (*Lyon médical.*)

Hôpital Boucicaut. — Il sera édifié dans le 15e arrondissement sur des terrains dont le conseil a autorisé l'acquisition. L'emplacement est délimité par les rues Lourmel, des Cévennes et de Vouillé, et la dépense d'acquisition est évaluée à 612,000 francs.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou*, puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Les maladies infectieuses spécifiques et non spécifiques

Résumé d'une leçon de M. le professeur BOUCHARD.

Les médecins ont de la tendance à ne s'intéresser qu'aux maladies rares, exceptionnelles; il y a cependant plus de profit à étudier les choses de tous les jours. C'est à rechercher les causes de celles-ci que nous devrions surtout exercer notre curiosité. Aussi M. Bouchard a-t-il le dessein de consacrer ses leçons de cette année aux maladies vulgaires, à celles qu'on voit chaque jour, tout au moins à un groupe d'entre elles, les maladies infectieuses non spécifiques. La première leçon est destinée, sinon à définir exactement ce que sont ces maladies, du moins à préciser le terrain sur lequel vont porter les investigations du professeur. Celui-ci va montrer d'abord quelles idées les médecins se sont faites des maladies spécifiques à diverses époques, pour examiner ensuite s'il est légitime et s'il est utile d'admettre une distinction entre les maladies infectieuses spécifiques et les non spécifiques.

Ce qu'on appelait maladies spécifiques, avant ces quinze dernières années, c'étaient les maladies virulentes et les maladies diathésiques; tout ce qui n'était pas compris dans l'enceinte où on avait parqué ces deux groupes de maladies spécifiques formait le domaine vague des maladies communes, vulgaires, ne constituant pas des espèces morbides.

Si on se reporte beaucoup plus loin en arrière dans l'histoire de la médecine, on voit que, dans ce passé lointain, toutes les maladies étaient des espèces morbides, des entités; la maladie, cette abstraction, était envisagée comme un être vivant ayant les attributs, les passions des êtres vivants; une maladie, c'était un être maléficieux, tantôt brutal, tantôt sournois, guettant l'homme pour s'élancer sur lui et le faire succomber sous son étreinte. Il ne faut pas croire que ces expressions ne fussent employées que par métaphore, elles rendaient exactement la pensée des médecins d'autrefois.

Ces idées se retrouvent encore atténuées à la fin du siècle dernier, elles y représentaient un vestige de l'état d'esprit qui a régné jadis sur toutes les branches des connaissances humaines pour disparaître peu à peu à mesure que progressait la notion des causes; cette aberration des médecins était un reste du fétichisme qui peuplait l'univers de puissances invisibles, de divinités inférieures, de génies; et quand des hommes éminents dans notre art parlaient des génies morbides, il faut savoir qu'ils n'acceptaient pas seulement le mot, mais l'idée. Alors que régnait encore cette conception ontologique de la spécificité dans les maladies envisagées comme

des espèces morbides, Fernel avait déjà pourtant dégagé pour un certain nombre de maladies ce qu'est la contagion, ce qu'est la virulence.

Mais c'est au commencement de ce siècle que les plus rudes coups furent portés à la spécificité sinon des maladies, du moins des causes morbifiques par Broussais, dans la chaire même où parle aujourd'hui M. Bouchard. Même dans la syphilis, dans la fièvre intermittente, dans les fièvres éruptives, il n'y a plus rien de spécifique pour Broussais : tout est irritation, inflammation. Dans la fièvre typhoïde, les ulcérations intestinales, la congestion des poumons, les autres lésions viscérales sont toutes autant de manifestations locales irritatives ou inflammatoires sans lien commun, c'est un émiettement complet des éléments constitutifs de l'espèce morbide.

L'élite des contemporains de Broussais résista avec fermeté à ses idées, et, parmi ses adversaires, Andral fit entendre après lui, dans la même chaire, des paroles de bon sens, de sagesse en faveur des espèces morbides qu'avait attaquées son prédécesseur. Littré qui, dans sa jeunesse, fut aussi le contemporain de Broussais, accentua encore la réalité de la spécificité, lorsqu'il en donna cette définition si claire : « La spécificité d'une maladie est la cause qui, lui étant exclusive, la fait ce qu'elle est. » Ainsi on disait, au milieu de ce siècle, que l'arthrite goutteuse est spécifique, parce que la cause inconnue qui la provoque ne peut produire aucune autre arthrite semblable; l'arthrite goutteuse se différencie des autres arthrites, non pas seulement philosophiquement, mais par ses caractères cliniques. On reconnaissait à l'angine scarlatineuse le caractère spécifique, parce qu'on admettait que la matière virulente qui, ayant pénétré dans l'organisme, y détermine la scarlatine, peut seule produire l'angine et les autres symptômes consécutifs de cette maladie avec leurs caractères spéciaux.

A ces maladies spécifiques on opposait l'exemple des maladies comme la bronchite, la pneumonie, qu'on appelait non spécifiques parce qu'elles résultent de causes qui ne produisent pas exclusivement ces maladies, mais de causes banales, comme le froid, la suppression d'une sécrétion, l'action de vapeurs irritantes; on envisageait ainsi les choses parce qu'on ne tenait compte que des éléments étiologiques, on ne soupçonnait pas les causes prochaines, quelque chose de plus intimement provocateur, on ne voyait pas l'élément pathogénique.

Pour expliquer l'erreur de cette époque, on n'aurait qu'à évoquer le souvenir de ce qu'on avait dit deux siècles auparavant à propos de la syphilis. On pensait alors que la syphilis pouvait résulter de l'inconduite, des excès de la jeunesse, — pourquoi pas du printemps et de l'herbe tendre? — en somme de toutes les circonstances accessoires qui accompagnent l'acte au moment duquel s'accomplit la pénétration dans l'organisme de l'agent virulent, seule cause efficace et nécessaire de la maladie. C'est la même erreur qui a été rééditée à une époque encore si proche de nous à propos de la pneumonie par suite de l'abus du raisonnement, et rien n'est plus propre à prouver non seulement combien les dichotomies scolastiques sont artificielles et insuffisantes, mais combien varient les idées qu'on peut avoir sur la nature des maladies à mesure que les problèmes pathogéniques sont serrés de plus près.

C'est à propos de ces maladies réputées non spécifiques à une époque qu'on a appelée la période du bons sens, que la période contemporaine semble avoir pris à tâche de démolir l'œuvre doctrinale du milieu de ce siècle.

S'il faut répudier toute idée ontologique, si la spécificité d'une maladie doit être cherchée dans sa cause, si on découvre que la maladie a pour cause un être, c'est à cette cause qu'est transportée la spécificité. Or, nous le savons aujourd'hui de science certaine, la cause morbifique peut être un être vivant, ayant tous les caractères de l'espèce, puisqu'il se reproduit en restant spécifiquement semblable à lui-même.

L'idée de la spécificité de la cause est venue donner une consécration à ce qui était dans la conscience médicale. Autrefois, à propos des maladies réputées spécifiques, en présence d'une ulcération, d'une nécrose ou d'une tuméfaction osseuse, le praticien disait : Est-ce de la syphilis ou de la scrofule ? — Aujourd'hui nous disons : Est-ce de la syphilis ou de la tuberculose ? Et nous ajoutons : Par quel végétal cette lésion est-elle produite ? Est-ce par le bacille de la tuberculose, que nous savons isoler et cultiver, dont nous connaissons exactement les caractères spécifiques ou par cet autre germe vivant que nous soupçonnons seulement, mais dont nous admettons résolument l'existence dans la syphilis ? — Les médecins d'autrefois, comme ceux d'aujourd'hui, s'inquiétaient de la notion de cause à propos des maladies spécifiques afin d'en déduire une indication thérapeutique spéciale ; mais, quand il s'agissait d'un phlegmon, d'une adénite, on invoquait une cause banale : chaleur, froid, choc, excoriation ; on pensait qu'à l'occasion de ces causes banales se montrait un processus également banal auquel on n'avait à appliquer qu'un traitement banal ; la cause n'entrait pas en ligne de compte pour la détermination de la nature et de la thérapeutique de ces maladies non spécifiques.

Les maladies spécifiques, de cause vivante, infectieuse, c'étaient les maladies virulentes, si bien qu'on a fait peu à peu depuis quinze ans du terme spécifique en quelque sorte l'équivalent d'infectieux. Par suite de cette conception des maladies spécifiques, on a ainsi séparé d'elles les maladies diathésiques.

On disait, par exemple, à propos du charbon, de la tuberculose, de la morve : Le charbon est une maladie causée par la présence dans l'organisme d'un être particulier, la bactéridie, comme la tuberculose l'est par la présence du bacille de Koch et la morve par le microbe que M. Bouchard a étudié avec MM. Capitan et Charrin. Chacun de ces microbes produit toujours la même maladie et n'en peut produire aucune autre ; ces maladies ne peuvent être produites par aucune autre cause.

On pensait restreindre ainsi le domaine de la spécificité. Or, contrairement aux prévisions d'alors, il s'est trouvé que les découvertes postérieures l'ont agrandi, ce domaine. Il est vrai qu'il y a bien, dans le charbon, la tuberculose, la morve, des organismes vivants pathogènes, mais, dans d'autres maladies aussi, on a trouvé des organismes vivants qui doivent en être regardés comme les éléments pathogènes, et ces maladies sont des maladies vulgaires, communes, simples. La spécificité a fait la tache d'huile, et peu à peu toutes les maladies réputées antérieurement non spécifiques ont été réintégrées dans le cadre de la spécificité, toutes, sauf les diathèses, les maladies de nutrition et les maladies par réaction nerveuse.

« Pour moi, continue M. Bouchard, j'estime qu'on a eu tort d'appeler ainsi spécifiques toutes les maladies dans lesquelles on a trouvé des microbes pathogènes et qui, par conséquent, ont droit au nom d'infectieuses. Je dis que les maladies infectieuses communes ne méritent pas d'être

appelées spécifiques, et je dis cela non par déférence pour la tradition médicale qui les avait toujours distinguées des maladies infectieuses spécifiques, mais parce qu'il y a intérêt, je le crois, au point de vue pratique de la prophylaxie et de la thérapeutique, à maintenir cette distinction que la doctrine ne désavoue pas.

Je m'empresse d'ailleurs d'ajouter que les points de contact sont nombreux entre les maladies infectieuses spécifiques et les non spécifiques; ces deux groupes se pénètrent; les maladies infectieuses spécifiques, qu'on appelle encore virulentes, peuvent accidentellement, et par artifice, être ramenées à l'état de non spécifiques, mais surtout les non spécifiques peuvent devenir et deviennent assez souvent spécifiques. Il y a certainement des maladies spécifiques qu'on peut différencier avec netteté des non spécifiques, mais la différence n'est pas absolue; c'est par des nuances, en quelque sorte, que se fait le passage d'un groupe à l'autre, il n'y a pas de fossé qui les sépare, et des échanges fréquents s'opèrent entre eux.

Ainsi, au point de vue anatomique, on peut dire que la syphilis, la lèpre, la tuberculose sont des maladies infectieuses spécifiques, puisque la lésion anatomique est une réaction locale en quelque sorte spécifique, une néoplasie particulière provoquée par l'agent pathogène.

Au contraire, dans les maladies non spécifiques la réaction contre l'agent pathogène consiste en une inflammation banale, en des lésions communes, en des processus variables suivant qu'ils se produisent dans le tissu cellulaire, les ganglions, les poumons, les reins, les séreuses, mais toujours les mêmes, quel que soit le microbe en jeu. Voilà une différence réelle, mais est-elle absolue? — Non pas; car si la morve, par ses caractères de transmission, sa durée, l'apparition de lésions locales au point de pénétration de l'agent pathogène, a des affinités évidentes avec la tuberculose, la lèpre, la syphilis, anatomiquement ses nodules, ses tubercules se rapprochent plus des abcès miliaires de l'infection purulente. Si le charbon produit des œdèmes qui, à certains moments, revêtent une apparence granulée un peu spéciale; si un histologiste exercé peut reconnaître une pneumonie provoquée par l'injection de bactéridies charbonneuses, qui différenciera anatomiquement les broncho-pneumonies de la rougeole et de la coqueluche? Comment distinguer, d'après les seuls caractères anatomiques, les néphrites de tant de maladies infectieuses? Nombre de maladies infectieuses spécifiques n'ont pas de lésions spécifiques, et dans les maladies infectieuses non spécifiques se montrent des lésions d'une apparence spéciale, comme certaines gangrènes.

Dira-t-on que les maladies infectieuses spécifiques peuvent seules tuer sans localisations? — Mais les septicémies ne sont-elles pas des maladies vulgaires? On a dit que, dans celles-ci, les phénomènes généraux étaient des phénomènes d'intoxication, tandis que, dans les maladies spécifiques, ils étaient attribuables particulièrement à la virulence; mais ces distinctions sont problématiques : il y a, d'un côté, des sécrétions microbiennes; de l'autre, des sécrétions putrides.

Enfin, on a dit : Il y a deux grandes différences entre les maladies infectieuses spécifiques et les non spécifiques : la contagiosité et l'immunité, qui appartiennent exclusivement aux premières. Cela est vrai, sans doute, pour les degrés extrêmes, mais beaucoup moins certain pour les cas intermédiaires; quelles variations n'observe-t-on pas dans la contagiosité, même pour les maladies épidémiques comme la variole, la scarlatine, la rougeole?

Quand un individu infecté par une de ces maladies pénètre dans un milieu sain, tantôt on voit éclater en ce milieu une grande épidémie, tantôt on est frappé de l'indifférence de la population à cette masse de virus. On peut dire, sans doute, que ces différences tiennent à des variations dans l'aptitude morbide de l'humanité, vérité incontestable ; mais les variations dans la virulence sont également réelles, nous en avons la preuve visible par ce qui se passe dans les cultures des germes cultivables; au fur et à mesure que les cultures vieillissent, leur puissance de végétation diminue, leur virulence même s'affaiblit au point que l'inoculation de très hautes doses peut échouer. Il est naturel d'admettre que la contagiosité peut spontanément diminuer, fléchir et enfin disparaître.

D'autre part, certaines maladies infectieuses non spécifiques deviennent contagieuses dans telles circonstances particulières. L'érysipèle peut devenir contagieux. La pneumonie, qui d'ordinaire est une maladie essentiellement individuelle, puisqu'elle est causée par un germe que beaucoup d'entre nous portent en eux, peut devenir épidémique, quand elle revêt les caractères d'une maladie de maison, d'appartement. Un pneumonique peut semer la pneumonie sur son passage. Le fait de la transformation de la maladie infectieuse non spécifique, banale, en une maladie infectieuse spécifique épidémique et contagieuse est dans ce cas aussi visible cliniquement que l'est expérimentalement l'affaiblissement et la perte de la virulence pour les germes spécifiques cultivables. Je citerai encore l'exemple de l'infection purulente, de l'infection puerpérale, maladies causées, nous le savons aujourd'hui, par un streptocoque, agent commun à tant de suppurations. Elles peuvent devenir contagieuses, mais il a bien fallu les faire sortir du cadre des maladies spécifiques. A ce point de vue, les progrès de l'antisepsie ont bien été pour quelque chose dans les progrès de la doctrine.

On a dit que l'immunité n'appartenait qu'aux maladies infectieuses spécifiques. Mais d'abord si l'immunité est acquise presque toujours par une première atteinte de variole et de fièvre typhoïde, pour la tuberculose et la morve il en est autrement : expérimentalement, les inoculations positives sont encore possibles chez les individus déjà inoculés, et, cliniquement, l'individu guéri peut redevenir malade s'il est de nouveau contaminé.

Par contre, on peut trouver l'immunité dans certaines maladies non spécifiques, par exemple, la gangrène gazeuse; le diplocoque lancéolé de la pneumonie peut aussi conférer une immunité passagère, au moins au point de vue expérimental. En somme, ces différences, quoique réelles, sont trop branlantes pour qu'on puisse échafauder sur elles une séparation absolue.

A envisager le type clinique, on ne trouve pas plus de distinctions fondamentales entre les maladies infectieuses spécifiques et les non spécifiques. La pneumonie, qui a une spécificité symptomatique si accentuée, offre pourtant des variations considérables, ne fût-ce qu'au point de vue de la gravité. J'ai vu, comme tous les hommes de ma génération, la pneumonie avec un tout autre appareil que celui d'aujourd'hui : la température excessive, la rougeur extrême de la face, le pouls dur, tous les caractères de l'état inflammatoire. On ne voit que rarement, de nos jours, ce type clinique autrefois habituel. Est-ce la cause, sont-ce les qualités de l'agent morbifique qui ont changé, ou bien est-ce la chair vivante qui ne réagit plus de la même façon? Je ne répugne pas à la seconde hypothèse, mais je sais avec certitude que, dans les cultures, le diplocoque lancéolé peut changer

de virulence en trois jours; et cela me fait admettre aisément que les changements dans l'allure symptomatique des maladies infectieuses, spécifiques ou non, puissent dépendre en grande partie de changements dans les qualités de leurs agents pathogènes.

On a dit encore: les microbes pathogènes des maladies spécifiques sont des virus; ceux des non-spécifiques sont des saprophytes. Les premiers vivent et se développent au sein de la matière vivante qu'ils modifient et font fermenter; les autres ne peuvent influencer que la matière morte. Mais, c'est se payer de mots que d'invoquer cet argument. Tous les microbes, même les virus, sont des saprophytes, tous sont capables de vivre et de se développer dans la matière morte. Beaucoup de saprophytes deviennent par suite de circonstances particulières des virus; je veux dire que des germes qui vivent d'ordinaire dans la matière morte, se trouvant introduits accidentellement au sein de la matière vivante, trouvent moyen de la détruire et y acquièrent des qualités nouvelles. Philosophiquement il n'y a pas de différences originelles entre les virus et les saprophytes. Tous les virus ont dû commencer par être des saprophytes et on peut les ramener à l'état saprophytique, on peut leur faire perdre cette puissance de virulence qui leur était surajoutée.

Ainsi donc, de toutes ces différences qu'on a invoquées pour séparer complètement les maladies infectieuses spécifiques des non spécifiques et que nous venons d'énumérer, aucune ne peut être considérée comme fondamentale.

La seule vraie différence à mes yeux, la voici :

Les germes infectieux qui produisent les maladies non spécifiques sont nos hôtes, nos commensaux; ils vivent sur nous et en nous, inoffensifs parce que, dans nos conditions normales d'existence, nous sommes pourvus contre eux d'un système de défense efficace. Ainsi nous avons dans la bouche le diplocoque lancéolé qui tue les souris en 24 heures et cet hôte redoutable laisse notre organisme complètement indifférent, jusqu'au jour où notre vigilance est en défaut, où, par suite d'un oubli des organes ou des cellules chargées de nous préserver, ce microbe pullule, force les barrières qui le séparent de notre milieu intérieur et provoque la réaction morbide.

Au contraire, dans les maladies infectieuses spécifiques le germe morbifique est en dehors de nous; il faut un accident pour qu'il s'introduise en nous.

Pour traduire cette différence en langage médical, je dirai : c'est le microbe surtout qui fait les maladies infectieuses spécifiques; là le microbe est tout, le terrain humain presque uniquement passif, mais c'est l'homme qui fait les maladies non spécifiques; ici, si le microbe est indispensable, il cesse d'être tout puissant. L'organisme, même bien portant, est sans défense contre les germes des premières; il n'a rien à redouter de ceux des autres, tant qu'il est en bonne santé.

Voilà la différence radicale, à mes yeux, entre les maladies infectieuses spécifiques et les non spécifiques; car cette différence suppose que l'homme, avant d'être malade par une de ces maladies communes, banales, vulgaires, que j'appelle non spécifiques, avait déjà cessé d'être bien portant.

Ces maladies ne méritent pas le nom de spécifiques, puisque, dans ce groupe, un même microbe est capable de provoquer les maladies les plus diverses et que la même maladie peut être réalisée par des microbes différents: la pneumonie, la pleurésie, la méningite, la péricardite peuvent être

ANÉMIE
CHLOROSE
LE FLACON: 4 FR.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

HÉMORRHAGIES
LYMPHATISME
LE FLACON: 4 FR.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Dans toutes les PHARMACIES de FRANCE et de l'ÉTRANGER.

VICHY-SAINT-YORRE
SOURCES SAINT-LOUIS, N°1 & N°2

Ces eaux sont remarquables par la quantité des principes minéralisateurs qu'elles contiennent (10 gr. 1/2 de matière fixe), et par leur abondance en acide carbonique (plus du double de leur volume). Aucune source similaire n'en présente une pareille quantité, ce qui les rend **très agréables au goût** et empêche qu'elles ne s'altèrent par le transport.

Elles sont utiles dans toutes les **affections qui dépendent de la nutrition retardante** et peuvent se boire d'une façon continue sans le moindre inconvénient. Le criterium de la saturation est le goût du malade.

Ces Eaux se trouvent chez tous les Marchands d'Eaux Minérales et dans toutes les bonnes Pharmacies.
ADMINISTRATION : 27, Boulevard des Italiens, PARIS.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Employé depuis plus de trente ans par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur, Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes**, enfin dans tous les troubles de la circulation.

DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Approuvées par l'Académie de Médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur les autres ferrugineux et leur efficacité contre les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

ERGOTINE ET DRAGÉES D'ERGOTINE
de BONJEAN

(Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris)

L'***Ergotine Bonjean***, soit en potion, soit en solution pour injections hypodermiques, est un des meilleurs hémostatiques. — Les ***Dragées d'Ergotine Bonjean*** sont employées pour **faciliter le travail de l'accouchement** et **arrêter les Hémorrhagies** de toute nature.

Dépôt Général : *LABÉLONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris*

SE TROUVENT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE CHAQUE VILLE

CAPSULES ET SIROP DE HOUDÉ
AU SULFATE DE SPARTÉINE

L'expérimentation physiologique et l'observation clinique s'accordent pour démontrer que le sulfate de **Spartéine** exerce une action prédominante et élective sur le fonctionnement du cœur, en augmentant l'énergie, la durée et la persistance des contractions et en régularisant le rhythme cardiaque troublé.

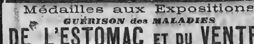
Les **CAPSULES** et le **SIROP de HOUDÉ** au **Sulfate de Spartéine** sont donc tout indiqués, chaque fois que le myocarde a fléchi, lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique, dans les ***Attaques d'Asystolie*** dans l'***Asthénie cardiaque,*** la ***Dyspnée du Cœur*** et la ***Péricardite.***

Dans les cas de ***Cardiopathie*** avec ***Hydropisie,*** on associe ces préparations à l'infusion de fleurs de genêts comme **diurétique.**

DOSAGE { *Les Capsules Houdé au sulfate de Spartéine renferment exactement 0.02 centig. de sel.*
Le Sirop Houdé au Sulfate de Spartéine renferme 0,04 centigr. de sel par 20 grammes.

MODE D'EMPLOI. — La dose quotidienne de ce médicament varie entre 5 et 25 centigrammes.

Dépôt Général : A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg-St-Denis, PARIS.
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX ORFILA)



DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE

DYSPEPSIE — GASTRALGIE
CONSTIPATION — GASTRITE, ETC.

EXIGER LA SIGNATURE

Guéries par la

MALTINE GERBAY

Posée par le Dr COUTARET, Lauréat de l'Institut.
Approuvé par l'Académie de Médecine.
Exportation **GERBAY, Roanne** (Loire)
Dépôt dans toutes les Pharmacies.

ASTHME

PAPIER FRUNEAU

LE SEUL PAPIER ANTI-ASTHMATIQUE

RÉCOMPENSÉ A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889

40 ANS DE SUCCÈS

Toutes pharmacies France et Etranger
Entrepositaire : **E. Fruneau**, Nantes.

MALADIES DE POITRINE

SIROP

D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX

DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les **sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé.** *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

VIN MARIANI

à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Prix : 5 fr. la bouteille.

Maison de Vente MARIANI bd Haussman, 41
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

PHTHISIE

BRONCHITES, TOUX, CATARRHES

CAPSULES CRÉOSOTÉES

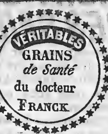
Du Docteur FOURNIER
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS (0.20 par cuill.)
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885

Agréable à boire
Tonique
Reconstituante.
SOURCE
Guérit
l'ESTOMAC
et régularise les
fonctions de
l'INTESTIN

St LEGER

SOLUTION PELISSE

au *Benzoate de Soude du Benjoin*
RECOMMANDÉE DANS LES
Affections aiguës et chroniques de la
GORGE ET DES VOIES RESPIRATOIRES
DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigr.
Pharmacie PELISSE, 4, *Rue de la Sorbonne, PARIS.*



(Formule du Codex N° 603)
ALOÈS & GOMME-GUTTE
Le plus commode des
PURGATIFS
très imités et contrefaits.
L'étiquette ci-jointe imprimée en **4 COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** est la marque des véritables
Dépôt Phie LEROY, 2, r. Dau.
ET TOUTES LES PHARMACIES

PRÉPARATIONS DE

PERCHLORURE DE FER

Dr DELEAU, médecin du Dépôt des condamnés.

Solution normale à 30°; solution caustique à 15°. Sirop, Pilules, Pommades, Injections pour hommes et pour femmes.
Dépôt général, ancienne pharmacie G. Koch, rue de Richelieu, 44, à Paris. F. DUCOUX, successeur

La Farine Dutaut

est le Meilleur Aliment des Nourrissons.
35 ans de succès — 8 Médailles. — Très facile à digérer, elle aide l'allaitement insuffisant et le sevrage, guérit les Vomissements et la Diarrhée, et facilite la Dentition.
VENTE EN GROS : **P.-A. DUTAUT, à Choisy, près Paris**
et dans les principales Pharmacies.

BAINS D'EAUX MERES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50 c. ***Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.***
DÉPÔTS : A Paris, Pharmacie centrale de France, 7, rue de Jouy. ARNAULT, pharm., rue St-Lazare, 101. — Province : les principales pharmacies. A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

VIN DE G. SEGUIN

Le Vin de SEGUIN est un puissant *Tonique*, pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT.
Paris. pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

Médaille de bronze, Francfort 1881. — médaille d'argent, Bordeaux 1882.

LA BIENFAISANTE

DE

PONT DE NEYRAC

Affections du tube digestif,
Engorgements du foie et Calculs biliaires.
Chez J. TAVERNIER, Propre à AUBENAS (Ardèche)
et chez les pharmaciens et marchands d'eaux minles.

Purgatif Géraudel

au CONVOLVULUS OFFICINALIS

Laxatif ⁂ Rafraîchissant ⁂ Tonique ⁂ Digestif

EMPLOYÉ AVEC SUCCÈS

CONTRE

les Glaires, la Bile
les Aigreurs
le Manque d'appétit
et les Impuretés du sang

PURGATIF GÉRAUDEL — MARQUE DÉPOSÉE

CONTRE

la Constipation
les Maux de Tête
la Migraine
et toutes les Maladies des Voies Digestives

Le problème que nous avons cherché à résoudre était de trouver un produit commode, agréable, bien dosé, efficace, et en même temps non susceptible d'irriter l'estomac et les intestins.

Après de longues et patientes recherches, nous avons la certitude d'avoir résolu ce problème.

Le purgatif hygiénique que nous offrons avec confiance au public, sous le nom de **Purgatif Géraudel**, est exclusivement composé de substances végétales.

Nous lui avons donné la forme de tablettes, ce qui nous a permis de le doser exactement, d'en faciliter l'emploi, et de le rendre aussi agréable qu'efficace.

Les principes qui nous ont guidé dans la préparation et la composition de notre **Purgatif Géraudel** sont les mêmes que ceux qui nous ont servi de base dans la préparation de nos pastilles de goudron dites *Pastilles Géraudel*, auxquelles le public a fait un accueil sans précédent.

Cherchant à supprimer le danger qui existe pour l'estomac d'être en contact immédiat avec des substances qui l'irritent et le fatiguent, nous sommes parvenu, à l'aide de procédés et d'appareils spéciaux, à incorporer des produits purgatifs d'une pureté irréprochable dans des tablettes qui se dissolvent facilement dans la salive avec laquelle elles forment une *émulsion purgative* d'une efficacité aussi certaine qu'inoffensive pour les muqueuses de l'estomac et de l'intestin.

On prend une seule tablette à la fois, le matin à jeun, un quart d'heure avant de déjeuner; et, si cela est nécessaire, une autre le soir, en se couchant.

Il faut les sucer, c'est-à-dire les laisser fondre dans la salive, avant de les avaler.

Si l'on voulait obtenir un effet purgatif plus grand, on peut sans inconvénient, suivant le tempérament de la personne, doubler ou tripler et même quadrupler la dose dans le même jour.

Pour purger les enfants de 6 à 12 ans, une ou deux tablettes, prises le matin à jeun, suffisent.

On peut manger après avoir pris nos tablettes, et vaquer à ses occupations comme d'habitude.

VENTE

GROS : chez l'Inventeur **A. GÉRAUDEL**, Pharmacien, à Ste-Ménehould (Marne)

DÉTAIL : Dans toutes les Pharmacies de France et de l'Étranger.

Prix en FRANCE : 1 fr. 50 la Boîte de 18 Tablettes

ENVOI D'ÉCHANTILLONS GRATUITS

à MM. les Médecins qui désireraient expérimenter le PURGATIF GÉRAUDEL.

PEPTONATE DE FER ROBIN

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — PRÉSENTÉ A L'ACADÉMIE DES SCIENCES PAR BERTHELOT.
Sans aucune saveur styptique, c'est de tous les ferrugineux le plus *actif* et le plus *assimilable.*
VIN (Une cuillerée par repas). — GOUTTES concentrées (10 à 20 par repas). — DRAGEES (2 à 3 par repas)
PARIS. 32, Faub. Montmartre et toutes ph^cies. — Echantillons franco. — Entrepôt général Ph^cie ROBIN à Bourges.
CHLOROSE, ANÉMIE, DYSPEPSIE, LYMPHATISME, DIABÈTE

PHTISIE CAPSULES COGNET
EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO CRÉOSOTÉ
TUBERCULOSES — *ANTIBACILLAIRE par excellence*
BRONCHITES, CATARRHES — PARIS, 4, Rue de Charonne, et toutes Ph^ies.

ANÉMIE, LANGUEUR, RACHITISME

PH^cie BILLON MARCIGNY (Saône-et-Loire)

VIN BILLON au SANG de VEAU
Immédiatement assimilable
LE MEILLEUR DES TONIQUES, LE PLUS SUR DES FERRUGINEUX
DOSE : Une Cuillerée à chaque repas.

POUDRE APERIENTE BILLON
Ne contient pas de principes drastiques.
Rétablit la régularité des gardes-robes, sans irriter, purger, ni donner de coliques.



Médailles aux Exp^ons : Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney
INHALATIONS d'OXYGÈNE
APPAREILS DE LIMOUSIN
INHALATEUR, Location, 3f par semaine. GAZ, 2f50 le ballon de 30 litres.
Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boite : 130 fr.
PHARMACIE LIMOUSIN ✻, 2bis, RUE BLANCHE, PARIS

PRODUITS à l'HÉLÉNINE du Dr de KORAB
CHIMIQUEMENT PURE ET CRISTALLISÉE
Expérimentée dans les Hôpitaux de Paris.
Présentés à la Société de Biologie, à l'Académie des Sciences, etc.
PARIS, MÉDAILLE DE BRONZE, Exposition Universelle 1889.

KB

SOLUTION : .... traitement rationnel de la TUBERCULOSE.
GLOBULES : .... contre la PHTISIE, la BRONCHITE CHRONIQUE. ASTHME, CATARRHE, OPPRESSION, TOUX
TONIQUE : ...... traitement de l'ANÉMIE.
SIROP : .... guérison de la COQUELUCHE.
COLLUTOIRE : DENTITION — CROUP.
CHAPÈS, 143, *Rue Saint-Denis*, PARIS, ET TOUTES PHARMACIES.

DÉBILITÉ, ANÉMIE
MALADIES DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la
FUCOGLYCINE GRESSY
Ce Sirop agréable au goût, possède les mêmes propriétés que l'*Huile de Foie de Morue.*
LE PERDRIEL & Cie, Paris ET PHARMACIES.

PHTISIE
Médaille d'OR Hâvre 1887
BRONCHITES ET CATARRHE PULMONAIRE
Traitement Curatif
par les Injections sous-cutanées
de l'EUCALYPTINE LE BRUN
Dépôt Gén^l : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARI

le résultat de l'action de plusieurs microbes (diplocoque lancéolé, streptocoque, etc.), et nous voyons le même streptocoque produire, par exemple, l'érysipèle et l'infection puerpérale.

J'ai donc le droit de maintenir la différence que j'ai posée, en commençant cette leçon, entre les maladies infectieuses spécifiques et les non spécifiques. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de MM. Lucas-Championnière et Monod, qui se portent candidats dans la section de pathologie chirurgicale;

2° Une lettre de M. Dieulafoy, qui se porte candidat dans la section de pathologie médicale.

— M. Doléris fait une communication sur le *traitement des endométrites*. Avant d'employer un des procédés de traitement actuellement en usage, il faut faire le diagnostic entre la métrite du corps et celle du col. On y parvient en dilatant le col par la laminaire ou l'éponge, ce qui permet l'exploration de la cavité de l'utérus.

Contre la métrite du corps, on emploiera l'écouvillonnage ou le curettage. Ce dernier échoue souvent dans la métrite du col, et il faut alors avoir recours à l'abrasion de la muqueuse par le bistouri.

La déviation de la matrice fait souvent échouer le curettage; il ne peut agir, du reste, que contre la métrite qui accompagne la déviation. Quand il y a des lésions des annexes, le curettage ne peut avoir que des effets indirects non constants.

Les caustiques sont moins efficaces que le curettage et offrent de nombreux inconvénients; le principal est le rétrécissement du col et du corps avec stérilité consécutive, Il se produit dans les trois cinquièmes des cas. Il ne faut pas employer, en gynécologie, des pratiques aveugles.

— M. Rochard lit un rapport sur le *travail de nuit des femmes dans les usines et ateliers*. En voici la conclusion :

La commission propose de répondre de la manière suivante à la question que vous pose M. le président de la commission de la Chambre des députés, en se tenant, bien entendu, sur le terrain exclusif de l'hygiène : « Une loi qui autoriserait les femmes à travailler la nuit dans les manufactures, usines et ateliers, aurait, pour leur santé, les conséquences les plus désastreuses. »

(Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 avril 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Troubles psychiques et hallucinations de la maladie de Basedow. — Un cas de folie du doute simulant la crampe des écrivains. — Traitement des pustules varioliques de la face par les pulvérisations éthérées de sublimé. — Concrétions crétacées dans l'expectoration.*

M. Joffroy : La maladie de Basedow s'accompagne quelquefois de troubles psychiques, mélancolie, manie, folie véritable, que l'on peut regarder comme des symptômes de cette affection. Chez les malades atteints antérieurement d'aliénation mentale, les troubles psychiques persistent pendant le goître exophthalmique et en sont absolument indépendants. Enfin, chez les prédisposés, les hystériques surtout, la maladie de Basedow

suscite des troubles mentaux profonds que l'on doit rattacher à la fois à l'hystérie et au goître.

Je viens d'observer une malade qui rentre dans cette dernière catégorie. Elle a 25 ans; depuis six mois, elle présente les symptômes de la maladie de Basedow : tachycardie, palpitations, pouls ordinaire de 110 à 120 pulsations, tremblement, tumeur thyroïdienne assez volumineuse, surtout à gauche, avec expansion et battements, peu d'exophthalmie. Cette malade a toujours été très nerveuse, très impressionnable; elle a eu autrefois des syncopes, des crises de dyspnée avec sensation de constriction laryngée, des bizarreries de caractère; actuellement elle a encore un peu d'ovaralgie du côté gauche; en un mot, c'est une hystérique.

Il y a plusieurs années, cette malade vit un chien enragé et en éprouva une frayeur très vive. Pendant les deux années qui suivirent, son sommeil fut troublé par des cauchemars dans lesquels le chien lui apparaissait toujours tel qu'elle l'avait vu une première fois. Peu à peu, cependant, son sommeil était devenu plus tranquille, et, depuis plusieurs années, le rève ne s'était même plus reproduit.

Avec la maladie de Basedow, le même cauchemar est revenu. La malade se réveille en sursaut et continue à voir le chien toujours avec le même aspect, l'œil mauvais, le poil hérissé, la queue entre les jambes. Puis, peu à peu, elle redevient consciente; mais, bien qu'elle se rende compte qu'elle est dans son lit et qu'il ne peut y avoir de chien enragé, elle continue néanmoins à voir le même animal. C'est une hallucination consciente. Tout ceci dure cinq ou six minutes, puis la conscience revient tout à fait et l'hallucination cesse.

D'autres fois la malade rêve que sa chambre est éclairée par une lumière blanche, comme la lumière électrique, qui ne lui permet cependant de rien distinguer. Elle se réveille; l'hallucination persiste pendant quelques minutes, puis disparaît.

Ou bien c'est un homme qui cherche à pénétrer dans sa chambre; le réveil ne calme pas sa frayeur; elle voit la forme humaine derrière les rideanx, alors même qu'elle comprend l'impossibilité de son cauchemar; ce n'est qu'au bout de cinq à six minutes que la vision s'évanouit.

L'exemple que je rapporte me paraît pouvoir être rangé dans cette classe de troubles psychiques attribuables à la fois à l'hystérie et à la maladie de Basedow. Le premier cauchemar était un accident hystérique, et la maladie de Basedow a réveillé cet accident en lui donnant plus d'intensité. C'est l'hystérie qui a laissé ce germe de l'hallucination, et c'est le goître exophthalmique qui a repris ce germe pour produire les hallucinations actuelles.

On ne peut donc pas rattacher ces troubles psychiques uniquement à l'hystérie ou à la maladie de Basedow. Ils appartiennent à l'une par leur origine et à l'autre par leur développement et leur exagération.

Il y a donc des cas où la folie est due entièrement à la maladie de Basedow, des cas où elle en est tout à fait distincte, et enfin des cas mixtes, tel que celui que je viens de rapporter.

M. Séglas : Je suis de l'avis de M. Joffroy et crois, avec lui, que souvent le goître exophthalmique ne provoque pas à lui seul les troubles cérébraux. Dans l'hystérie pure, on peut d'ailleurs noter des phénomènes analogues à ceux qui ont été signalés. Je peux citer un fait absolument comparable à celui de M. Joffroy, sauf qu'il se rattache uniquement à l'hystérie. Une dame vit un jour, en passant devant une église, des tentures de deuil marquées de son initiale. Elle fut très vivement impressionnée, et, dès la nuit suivante, eut un cauchemar dans lequel elle revit l'église, les tentures, etc. Ce cauchemar se reproduisit avec persistance les nuits suivantes, détermina même du délire nerveux, puis disparut au bout de quelque temps.

— M. Séglas : J'ai observé récemment, à la Salpêtrière, un malade atteint de folie du doute, chez lequel l'affection revêt un caractère spécial. On aurait, en effet, pu croire tout d'abord qu'il s'agissait d'un cas de crampe des écrivains. Le malade vint me consulter pour une grande difficulté à écrire; dès les premiers mots, il ressent dans les doigts, la main et même l'avant-bras une douleur ou plutôt une fatigue assez prononcée.

Nous le fîmes écrire devant nous, et, dès le septième mot, il accusa la sensation de fatigue. Il put néanmoins écrire une page entière sans que ni spasmes, ni tremblement, ni paralysie de la main se fussent produits; il n'y avait non plus aucune modification, aucun trouble de l'écriture qui pût faire penser à la crampe des écrivains, même après le septième mot, c'est-à-dire dès le début de la sensation de fatigue.

L'examen approfondi du malade et de ses antécédents démontre, en effet, qu'on se trouve en présence d'un cas typique de folie du doute.

C'est un jeune homme de 19 ans, de taille moyenne, sans infirmités, assez intelligent; pas de maladie pendant son enfance, mais une grande paresse intellectuelle; il lui était impossible de fixer son attention sur un sujet tant soit peu fatigant; il apprenait donc avec beaucoup de difficulté. Jamais il n'a pu lire un livre en entier, fût-ce un roman.

Vers 6 ou 8 ans, il a eu des accès de terreurs sans motifs et de somnambulisme nocturne. A 10 ans, premières incertitudes, premiers doutes pour les choses les plus futiles: ayant plusieurs objets à la main, il ne savait lequel poser le premier. Onanisme à 14 ans; plus tard, pertes séminales involontaires pendant le sommeil. Dès cette époque, tristesses, ennui, palpitations, étourdissements, éblouissements; c'est à ce moment aussi que parurent les premiers signes relatifs à l'écriture.

En janvier 1888, le malade fut pris de ce qu'il appelle « des scrupules d'argent ». Il avait toujours peur de porter préjudice à ses semblables. S'il ramassait une pomme, il ne la mangeait qu'en se faisant de vifs reproches, se croyant coupable de vol et digne de la prison. Aussi avait-il fait une liste de toutes ses dettes imaginaires, se promettant de payer plus tard. Il se tranquillisait ainsi et se débarrassait de ses scrupules; c'est ce qu'il appelait « un truc ». Un jour, se disant que tout cela était absurde, il brûla sa comptabilité et n'y pensa jamais plus. Plus tard, scrupules de manger de la viande, parce qu'elle provient d'animaux vivants. « Quoique l'homme soit supérieur aux animaux par l'intelligence, se disait-il, et quoique certains animaux dévorent les hommes, ceux-ci étant plus intelligents ne doivent pas leur rendre la pareille. » La faim avait cependant facilement raison de ses scrupules, et il mangeait, sans remords, de la viande à ses repas.

Il craignit aussi, pendant longtemps, d'avaler des microbes en respirant, de peur de leur faire du mal. Il se tranquillisait alors en pensant qu'on peut bien avaler quelques microbes, tandis qu'il y en a tant qui nous dévorent.

Il eut aussi très fréquemment des incertitudes, des doutes, lorsqu'il mettait une lettre à la poste, lorsqu'il fermait une porte, lorsqu'il cherchait un nom dans un répertoire, se demandant toujours s'il avait bien fait ce qu'il avait la volonté de faire.

Le malade n'a jamais eu d'anxiété précordiale, ni de sueurs froides, aucun signe bien marqué de l'angoisse; il n'éprouve qu'un « ennui moral », sans doute parce qu'il évite l'angoisse au moyen de ses « trucs ».

Tous les faits que je viens de rapporter sont autant de symptômes qui facilitent le diagnostic.

Les troubles de l'écriture remontent à 1884; ils ont augmenté peu à peu et prédominent aujourd'hui, d'après ce que dit le malade; il a d'abord trouvé qu'il écrivait moins bien; pour perfectionner son écriture, il essaya une foule de moyens, de manières diverses de tenir sa plume, de fixer sa main droite. Aucune n'a encore réussi. Il n'a jamais eu de crampes, de raideur dans la main, mais une fatigue indéfinissable, qui lui fait essayer sans cesse une nouvelle manière d'écrire. Jamais il n'a eu de doute sur l'orthographe des mots.

Il éprouve, ainsi que je l'ai dit, un ennui moral causé par ses préoccupations continuelles. C'est qu'il a conscience de son état maladif; il sait qu'il lui faut inventer des « trucs » pour se débarrasser de ses obsessions. Mais, pour l'écriture, il a besoin d'être persuadé que sa maladie n'est pas réelle.

La santé générale est parfaite; sensibilité intacte, sens musculaire conservé; au dynamomètre, 35 des deux côtés. Dans ses antécédents, on trouve une hérédité nerveuse double; sa mère a eu, elle aussi, des obsessions, mais moins fortes.

L'analyse de tous ces troubles psychiques démontre la folie du doute. La crampe des écrivains peut souvent coexister avec la folie du doute, mais ce n'est pas ici le cas. En

effet, il n'y a pas de spasmes, de tremblement, pas de crampes, pas de modifications de l'écriture; nulle hésitation quand le malade écrit sous la dictée; car son attention est alors fixée ailleurs que sur son écriture. Dans la fatigue dont il se plaint, il y a deux éléments, l'un physique, l'autre intellectuel. Le premier n'a rien qui se rapproche des douleurs de la crampe des écrivains; il résulte probablement des changements répétés dans la manière de tenir la plume, de fixer la main, etc.; ou bien c'est un phénomène réactionnel analogue à la faiblesse des jambes que provoque la vue d'une place chez les agoraphobes. L'élément intellectuel, le plus important, est l'hésitation, l'ennui éprouvé par le malade au moment d'écrire, et qui se retrouve d'ailleurs en d'autres circonstances, mais moins fort, grâce aux « trucs ». Le malade n'en a pas trouvé un pour l'écriture.

M. Joffroy : J'ai observé, l'an dernier, un cas absolument analogue de fausse crampe, de crampe psychique. Mon malade était un névropathe qui, ayant vu des signes de crampe des écrivains chez un employé travaillant près de lui, vint me consulter pour une douleur qu'il éprouvait dans l'avant-bras droit toutes les fois qu'il prenait un porte-plume. Je le fis écrire devant moi; l'écriture était parfaite. et je ne notai aucun signe de la crampe des écrivains. J'affirmai alors à mon malade que j'avais découvert une méthode pour guérir cette affection en quelques séances d'électricité; et je le guéris ainsi, en effet, par suggestion.

— M. Talamon : De toutes les médications internes employées jusqu'ici dans la variole, acide phénique, acide salicylique, médication éthéro-opiacée de Ducastel, etc., aucune n'est véritablement efficace. J'ai essayé le salol à la dose de 6 à 8 grammes par jour; mais cet essai a été malheureux; je n'ai obtenu aucun effet, sauf que les cas de mort ont été plus fréquents. Avec la quinine, la mortalité a été de 23 p. 100 et de 12 p. 100 seulement sans aucune médication interne. Devant des résultats si peu satisfaisants, je me suis borné à soutenir les forces des malades; j'ai ordonné l'alcool à haute dose. 100 à 200 grammes par jour dans un litre d'eau. Toutes les fois que, suivant les formes, j'y ai ajouté de la quinine, de l'opium, de l'acétate d'ammoniaque, de l'ergotine (3 à 4 gr.), du tannin, de l'iodoforme, etc., etc., je n'ai obtenu aucun bon résultat.

La pustule est produite par le virus propre à la variole; puis, plus tard, lorsque cette pustule a suppuré, on retrouve les microbes pyogènes ordinaires. Ces agents proviennent-ils de l'extérieur ou de l'intérieur? La question est difficile à résoudre, mais je pense que les agents extérieurs jouent un grand rôle dans la purulence des pustules. Il y a donc indication de traiter antiseptiquement ces pustules. C'est le traitement abortif, qui n'est d'ailleurs pas nouveau, mais que j'ai modifié en employant des pulvérisations antiseptiques éthérées. La pulvérisation éthérée répand mieux et fait pénétrer plus profondément la substance active. Je me suis servi de l'appareil ordinaire de Richardson.

J'ai ainsi essayé le tannin, l'iodoforme, le salol et le sublimé.

La pulvérisation éthérée de tannin (1 partie de tannin pour 10 d'éther, 10 d'alcool et 10 d'eau) n'a pas donné de bons résnltats; il se forme un vernis qui comprime les pustules et provoque des douleurs.

La pulvérisation d'iodoforme (1 d'iodoforme pour 5 d'éther) a donné des résultats satisfaisants. La solution de salol (mêmes proportions) est cependant préférable : les douleurs se calment, le gonflement disparaît, les pustules s'affaissent; l'odeur est, en outre, très agréable. Mais ces bons effets ne se montrent que dans les cas de variole légère. Pour les cas plus graves j'ai employé la préparation suivante :

Sublimé.................................... }	ââ 1 gramme.
Acide citrique ou tartrique.................. }	
Alcool à 90°..................................	5 c. c.
Ether........	q. s. pour 50 c. c.

On doit faire deux ou trois pulvérisations par jour. Quant à la durée de chacune, on doit procéder par tâtonnement; il faut s'arrêter quand la surface des pustules se

couvre d'une légère couche blanche. Trop prolongées, les pulvérisations produiraient des phlyctènes. Je n'ai ordinairement pas dépassé une minute.

Il faut avoir soin de protéger les yeux, chaque fois, au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'une solution boriquée. Après la pulvérisation, je badigeonnais avec du glycérolé au sublimé au 1/15e pour tenir constamment la peau sous une couche antiseptique. Vers le sixième ou le septième jour, je cessais les pulvérisations et je continuais le badigeonnage. Les yeux étaient fréquemment lavés à l'eau boriquée et je prescrivais des gargarismes antiseptiques pour la gorge. Dans quelques cas, j'ai ajouté des bains de sublimé, surtout dans les formes graves, mais je n'ai obtenu que peu d'effets.

Dans les formes confluentes primitives et hémorrhagiques, le traitement externe n'a d'ailleurs pas eu grands résultats. Dans les formes moyennes, au contraire, les vésico-pustules sont arrêtées dans leur développement; si la suppuration est déjà commencée, la pustule se limite en profondeur, se flétrit. La desquamation se fait par de larges plaques et commence dès le sixième ou septième jour.

Parmi les traces que laisse ordinairement la variole, les unes disparaissent en cinq ou six mois, les autres sont indélébiles. Celles-ci sont ponctuées, en cupule, ou vermiculaires. Avec les pulvérisations éthérées, les cicatrices ne se produisent pas ou bien elles sont très légères; après la desquamation, la peau reprend son aspect normal; tout au plus voit-on quelques ponctuations, rarement quelques cupules, jamais de cicatrices vermiculaires.

En outre, l'influence des pulvérisations sur la mortalité a été considérable, du moins dans les formes moyennes, car le traitement externe n'a aucun effet dans les cas graves. Le chiffre de 18,7 p. 100 s'est abaissé à 12,6 p. 100 avec les pulvérisations éthérées.

Je peux donc conclure : en dehors de la vaccination, nous ne possédons aucune médication interne efficace contre la variole, surtout dans ses formes graves. Les pulvérisations et les bains antiseptiques peuvent seuls lutter contre ce danger de la suppuration des vésicules varioliques.

M. Sevestre : J'ai traité l'an dernier deux enfants, atteints de variole, par des bains de sublimé, et, dans ces deux cas, je m'en suis bien trouvé : un des enfants guérit très vite, les pustules avaient avorté ; chez l'autre, les pustules avortèrent aussi, mais il mourut d'athrepsie avant sa guérison complète.

— M. Comby présente, au nom du docteur Quantin (de Selongey), deux petits calculs expectorés pendant une violente quinte de toux par une femme de 38 ans. En l'absence de tuberculose pulmonaire avancée, on peut penser que ces calculs proviennent des ganglions péribronchiques.

Le pronostic doit être réservé.

FORMULAIRE

Potion contre l'asthme bronchique. — Williams.

Iodure de potassium........................	de 8 à 12	grammes.
Teinture de stramoine........................	de 8 à 12	—
Extrait de réglisse........................	4	—
Sirop de scille........................	30	—
Eau........................	250	—

F. s. a. une potion, dont on donne une cuillerée à soupe dans un verre d'eau, trois fois par jour, dans le cas d'asthme bronchique. — Le chloral est un des meilleurs sédatifs durant l'attaque. — Si le paroxysme est très violent; chloroforme ou éther, ou iodure d'éthyle (2 à 5 gouttes) en inhalations. — Enfin les injections hypodermiques de morphine sont indiquées, lorsque le malade ne peut ni avaler, ni respirer. — N. G.

COURRIER

Concours du Bureau central (Médecine). — Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives :

MM. Babinski, Béclère, Bourcy, Charrin, Lebreton, Morel-Lavallée, Richardière, Robert, Siredey et Thibierge.

— Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 12 mai 1890, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 3 mai 1890 inclusivement. — Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1890; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1893.

— Le Comité de la Société d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la réunion annuelle au vendredi 23 mai (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

Prière d'envoyer au secrétaire, le docteur Joal, 25, rue de Lille, avant le 10 mai, le titre des communications qu'on se propose de faire, afin que le Comité puisse arrêter l'ordre du jour des séances. Cet ordre du jour ne sera publié qu'à l'ouverture de la session.

— M. le professeur Ball reprendra ses cliniques à l'asile Sainte-Anne le dimanche 20 avril courant. Il traitera de la folie du doute.

— M. le docteur Legroux, agrégé à la Faculté, a repris ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, le mercredi 16 avril, à trois heures et demie, à l'hôpital Trousseau; il les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Chemin de fer de l'Ouest. — *Voyages d'excursion avec itinéraire établi au gré du voyageur. Cartes de circulation à demi-tarif.* — La Compagnie des chemins de fer de l'Ouest fait délivrer, en commun avec les autres Compagnies françaises, par toutes ses gares et pendant toute l'année, à condition que la demande en soit faite cinq jours au moins à l'avance :

1° Des billets d'excursion de 1re, 2e, et 3e classe, individuels ou collectifs avec itinéraires tracés d'avance au gré du voyageur et comportant, suivant le parcours et le nombre de voyageurs, une réduction variant de 20 à 60 p. 100.

La durée de validité de ces billets, fixée de 30 à 60 jours, peut être prolongée de 3 fois dix jours moyennant payement pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100.

2° Des cartes de circulation nominatives et personnelles, valables pendant 3, 6 ou 12 mois, donnant droit de circuler à demi place sur toutes les lignes des grands réseaux.

Ces cartes courent du 1er et du 16 de chaque mois.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

TRENTIÈME ET UNIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Tenue a Paris, les 13 et 14 avril 1890, sous la présidence de M. Henri ROGER.

Première séance.

M. le président Roger déclare la séance ouverte et prononce l'allocution que nous avons reproduite dans notre numéro du 15 avril.

Puis M. Brun, trésorier, expose la situation financière de l'Association :

« Messieurs,

Le mouvement financier de notre Association n'a pas dévié de sa marche progressive pendant le dernier Exercice, et notre Œuvre est toujours dans la situation la plus prospère. Les Sociétés locales nous ont fourni leur contingent statutaire habituel, nos registres portent les noms de généreux donateurs ; nous avons pu, en dernier lieu, réaliser les nues-propriétés provenant de Mme Jules Cloquet, nous sommes à la veille de recevoir le décret qui nous saisira du legs du docteur Belle de Moissac, dont l'impor-

---

FEUILLETON

L'ANTISEPSIE

Par le professeur Laboulbène.

Dans le passage suivant de sa leçon d'ouverture, M. Laboulbène examine un point historique fort intéressant; il recherche si l'antisepsie est absolument nouvelle et si, du temps des Hippocratiques, elle n'était pas déjà mise en œuvre.

... Il peut vous paraître extraordinaire que les anciens aient connu et tiré partie de l'antisepsie, eux qui n'avaient à leur disposition ni le microscope ni la chimie. Je tiens à vous présenter rapidement les recherches d'un savant professeur de l'Université d'Athènes, M. Anagnostakis, sur cet intéressant sujet.

Les citations qu'il a faites avec le plus grand soin, surtout d'après Littré, sont fort nombreuses : je ne puis vous les indiquer toutes ; j'en ferai un résumé, en vous recommandant de lire avec soin le mémoire remarquable dont je vous donnerai le titre.

La propreté dans le pansement des plaies est recommandée par Hippocrate, expressément et avec insistance : « Les pièces d'appareil doivent être propres... on doit avoir sous la main des linges propres et des bandes propres... puis on pressera dessus à

tance sera pour notre Caisse d'environ cinquante mille francs, et, pour le moment, nous sommes en instances pour obtenir la délivrance du legs de dix mille francs de notre illustre et regretté confrère, le docteur Ricord, et celle du legs de quinze mille francs de Mme Huguier, veuve d'un ancien membre de la Société centrale.

CAISSE GÉNÉRALE

RECETTES

Le contingent des Sociétés locales à la Caisse générale a été de 22,212 fr. 87 c., soit :

3.730 fr.	» c.	pour droits d'admission, ce qui représente plus de 300 nouveaux sociétaires.
13.065	87	pour le dixième des cotisations et revenus.
5.417	»	pour remboursement d'Annuaires.
		Si, à cette somme, nous ajoutons celles de :
3 675	15	qui nous a été bonifiée pour intérêts de la somme de 81,670 fr., qui constitue notre réserve à la Caisse des dépôts et consignations;
7.465	74	conservés en la caisse particulière du trésorier, nous avons un total de :
33.353 fr.	76 c.,	dont le Conseil général a réglé l'emploi comme suit :

DÉPENSES ET EMPLOIS DES FONDS

Pour frais d'administration, impressions, circulaires, etc..........	Fr.	3.045 20
Pour loyer et frais accessoires		880 95
Pour Annuaires, impression et distribution........................		6.381 »
Pour frais judiciaires et droits de succession du docteur Belle.........		7.540 10
Pour versement à la Caisse des pensions de retraites..................		6.000 »
Pour allocations diverses et subventions aux Sociétés locales		2.450 »
Et pour autres menus frais..		828 35
Toutes ces sommes forment un total de	Fr.	27.125 55
Et il reste entre les mains de votre trésorier, pour les premiers besoins de l'Exercice..	Fr.	6.228 21
Qui forme la balance avec la somme de .... portée en recettes.	Fr.	33.353 76

---

diverses reprises avec un linge propre. » Galien dit aussi : « La propreté de la plaie est une condition indispensable; la saleté empêche la guérison. »

Les Hippocratiques employaient pour le pansement des affusions d'eau chaude, et appréciaient avec la main le degré de température. « Les plaies aiment la chaleur... L'eau doit être aussi chaude qu'on peut le supporter, en la versant sur sa main. » Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'ils se servaient non pas d'eau commune, ni simplement d'eau de pluie, mais d'eau de pluie préalablement bouillie; nous dirions d'eau pure stérilisée.

M. Anagnostakis discute avec soin les mots par lesquels Hippocrate désignait les antiseptiques. Il fait remarquer, parmi les quatres éléments qui dans l'opinion du grand médecin grec constituent le corps, ceux ayant le rôle prépondérant pour la pathologie des plaies et qui sont : la sécheresse et l'humidité. La sécheresse domine dans l'état normal, tandis que, dans l'état ulcéreux ou sanieux, l'humidité prend le dessus. « La plaie est humide, le sain est sec... Les plaies suppurent par l'intermédiaire du sang qui s'altère et s'échauffe, jusqu'à ce que, pourri, il soit transformé en pus... En effet, ce qui empêche la guérison des plaies, c'est la pourriture du sang... Nécessairement les chairs contuses et écrasées pourrissent, deviennent purulentes et se fondent. » D'où il faut le dessèchement de la plaie pour l'empêcher de suppurer; la dessiccation hippocratique des plaies n'est autre que l'antisepsie : les médicaments siccatifs ou aseptes ont, en réalité, nos antiseptiques.

Tous les médicaments desséchants étaient des substances pouvant servir pour embau-

Il est à remarquer que, si la somme des dépenses se trouve un peu supérieure à la somme ordinaire des frais, elle a été grevée de 7,400 francs payés au fisc pour partie des droits de succession du docteur Belle.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES

Notre Caisse des retraites, qui, l'an dernier, possédait un capital de 1,275,967 fr. 52 c., a vu ce capital s'augmenter de la somme de 67,306 fr. 23 c. pendant le dernier exercice, ce qui le porte ainsi à la somme de 1,343,273 fr. 75 c.

Cette augmentation provient de dons volontaires pour 6,700 francs et pour 20,770 francs de la réalisation des nues-propriétés provenant de M[me] la baronne Jules Cloquet. En tête de nos donateurs se trouvent MM. Lannelongue, Marjolin, Roger, Cazeneuve, Laveran, Hugot, Lereboullet, Péan, Villard, Leroy-Dupré; puis encore : MM. le baron Larrey, Hérard, Burdel, Brun, Bucquoy, G. Piogey, Leroux, Pfeiffer, Cordès. — La Société médicale du XVI[e] arrondissement; MM. Georges Marjolin et Georges Wickham; M[me] Chauffart.

Les Sociétés locales ont versé 21,639 fr. 26 c. — Les plus vaillantes ont été : la Société de la Gironde, 2,000 francs; puis les Sociétés des Bouches-du-Rhône, de Saône-et-Loire, de la Haute-Garonne, de la Haute-Savoie, du Nord, et soixante-dix autres.

Il a été bonifié à notre compte de fonds de retraites pour intérêts capitalisés la somme de 9,063 fr. 27 c., et nous avons encaissé pour arrérages de rentes la somme de 3,134 francs.

Aujourd'hui, la plus forte partie du capital de la Caisse est employée au service de soixante-quatorze pensions de 600 francs et d'une pension de 300 francs, le pensionné qui en jouit ayant atteint, d'un autre côté, le maximum du taux des pensions de la Caisse de retraites de la vieillesse. Il reste à notre compte de fonds de retraites la somme disponible à ce jour de 294,053 fr. 35 c. pour les pensions de demain et suivantes. Si l'Assemblée accepte demain les propositions de la commission, il sera distrait de cette somme, pour onze pensions à 600 francs, la somme de 165,000 francs, ce qui réduira à 129,053 fr. 35 c. le capital disponible pour les pensions de l'an prochain.

Mais, en outre du capital employé au service des pensions de retraites, la Caisse des pensions de l'Association possède 3,531 francs de rentes sur le Grand-Livre de la Dette publique, dont les arrérages s'ajoutent chaque année à nos recettes.

Cette somme n'était que de 3,134 francs de rente l'an dernier; elle s'est augmentée

---

mer les morts; aussi : dessécher (ξηραίνω), conserver (ταριχεύω), aseptiser (ἀποσήπω), sont-ils synonymes.

Les moyens antiseptiques sont les suivants. Le vin, asepte le plus usité, remplaçant l'alcool que les anciens ne connaissaient pas. Le vin était chauffé avant son emploi. « Il ne faut humecter les plaies, si ce n'est avec du vin... Ils fixent par-dessus, à l'aide d'un bandage roulé, des compresses imbibées de vin... Avec ces préparations, on empêchera très vite les plaies récentes de suppurer... Si on est en été, on humectera fréquemment les compresses avec du vin... On les humectera avec du vin, surtout en été, car les parties pourrissent quand on emploie de l'huile ou même du cérat, vu qu'elles ont besoin d'être desséchées plus fortement. » Hippocrate dit encore : « Le vin doux employé avec persévérance suffit pour les plaies de longue durée. » On le préconisait contre l'otorrhée, la leucorrhée; les préparations vulnéraires : *de vino myrtite, myrsinite, resinato, cedrito, picato*, etc., se retrouvent dans Dioscoride. Le peuple grec emploie toujours le pansement avec le vin; il y a ajouté l'eau-de-vie ou la teinture de myrrhe sous le nom de baume.

Galien a insisté sur le vin comme desséchant : « Præ paretur vero interea vinum austerum calidum... Cæterum quod injicitur, vinum nigrum, austerum et tepidum erit. » (Galeni, *De methodo medendi*, VIII, 4, t. X, p. 414 et 419, édition Kühn.)

Hippocrate employait comme siccatif le sel, l'eau de mer échauffée : « Elle borne et fait cesser les plaies rongeantes. » Celse appliquait le sel sur les morsures venimeuses; les accoucheurs, au dire de Soranus, saupoudraient les nouveau-nés avec du sel trituré

de 400 francs de rente par suite de la réalisation des nues-propriétés provenant de Mme la baronne Cloquet.

En résumé, le compte capital de l'Association se solde par la somme de 1,431,362 fr. 81 c., non compris le capital de 3,534 francs de rente sur le Grand-Livre. Vous le voyez, Messieurs, la situation est parfaite et l'avenir bien assuré, si toutefois l'Association générale ne se laisse pas entraîner à la fondation d'autres institutions qui pourraient compromettre ses finances.

La parole est donnée à M. Passant, membre du Conseil général, pour lire son rapport sur la gestion financière du trésorier; ce rapport conclut à l'approbation des comptes, et est accueilli par les applaudissements de l'Assemblée. Il est ensuite procédé à l'élection d'un vice-président en remplacement de M. le docteur Ricord, décédé; M. le professeur Lannelongue est élu par acclamation. Les membres sortants du Conseil général, MM. L. Thomas, Hugot, Boutin, Marjolin, Horteloup, Vidal, sont réélus. M. Leroux, président de la Société locale de Seine-et-Oise, est élu membre du Conseil général en remplacement de M. Pénard, nommé membre honoraire; et M. Millard en remplacement de M. Lannelongue, nommé vice-président.

M. Richelot lit la première partie de son rapport sur les pensions viagères, et propose d'accorder en 1890 onze nouvelles pensions de 600 francs.

La séance se termine par le compte rendu sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1889, par M. A. Riant, secrétaire général, dont nous extrayons les passages suivants :

La pieuse coutume d'inaugurer les travaux de nos Assemblées par le souvenir de ceux que nous avons perdus emprunte un caractère plus touchant et plus cordial encore à l'échange que Conseil et Sociétés locales font, chaque année, de leurs regrets respectifs. Tout à l'heure, Messieurs les représentants des Sociétés locales, en applaudissant les éloquents hommages rendus par notre cher Président, vous preniez votre part des deuils du Conseil, et moi, je viens, au nom du Conseil, m'associer aux vôtres.

Nous avons appris, pendant le cours de l'année, plus d'une perte très regrettable, parmi les membres des bureaux des Sociétés locales.

---

en poudre impalpable. Paul d'Egine instillait dans l'œil opéré de cataracte une légère solution de sel marin.

Une des curiosités du travail de M. Anagnostakis est la trouvaille de la ligature des artères faite par Galien avec des liens provenant de la France et confectionnés ou imprégnés avec une matière particulière qui les rendait aseptiques (ἐξ υλης δυσσήπτον). Galien indique même la rue de Rome, où on les vendait bon marché : « Si vous exercez, dit-il, dans une ville où vous ne pouvez pas vous en procurer, contentez-vous d'un fil de soie que vous aurez préparé d'avance ; si cela vous fait défaut, servez-vous de la matière la plus aseptique (τὴν ἀσηπτοτέραν υλην), que vous aurez sous la main, telle que les cordes fines. » Ne pensez-vous pas immédiatement au catgut?

Le goudron était employé sous forme de pommade ou d'emplâtre, de préférence au cérat simple, qui n'était destiné qu'à mettre les plaies à l'abri du contact de l'air. « En effet, sur la plaie même, on étendra du cérat au goudron ; les parties environnantes seront enduites de cérat blanc... On pansera avec du cérat au goudron et des compresses imbibées de vin. » La résine, l'asphalte servaient à préparer des emplâtres agglutinatifs et antiputrides. Voici une recette hippocratique : « Des brûlures par le feu : Faire fondre de la graisse de porc vieillie, y mêler de la résine et de l'asphalte, enduire de ce mélange un linge, chauffer ce linge au feu, l'appliquer et mettre un bandage. » Les emplâtres d'onguent et de mastic sont encore très usités chez le peuple grec.

Les anciens obtenaient avec le cuivre et le vitriol bleu ce que nous demandons au sublimé. Les préparations de cuivre constituaient la base des médicaments enhèmes

(M. Riant adresse un dernier hommage à MM. Armand Rey, Gaudin, Cassan, Delbosc, Duboué, Margueritte.)

... Après nos regrets, Messieurs, nos espérances. Faisons un cordial accueil aux confrères dévoués qui vont prendre désormais une part plus active à l'Œuvre commune.

Pour succéder à son regretté Président, la Société de l'Isère a nommé M. le docteur Turel, auquel nous sommes heureux de souhaiter ici la bienvenue. C'est avec les mêmes sentiments et la même faveur que nous accueillons M. le docteur Hudellet (de Bourg) nommé président de la Société de l'Ain, en remplacement du docteur Dupré; M. le docteur Tourdes, élu président de la Société de Meurthe-et-Moselle, en remplacement de M. le docteur Charles Demange, nommé, sur sa demande, président honoraire; M. le docteur Emile Demange, vice-président de la même Société; M. le docteur Gérard, élu vice-président de la Société de la Loire-Inférieure, en remplacement de M. le docteur Benoist, décédé; M. le docteur Pitti-Ferrandi (de Bastia), vice-président de la Société de la Corse, en remplacement de M. le docteur Gaudin; M. le docteur Guy, élu vice-président pour l'arrondissement d'Albi, et M. le docteur Rey, vice-président pour l'arrondissement de Gaillac, en remplacement des docteur Cassan et Delbosc, décédés.

Soyez les bienvenus, Messieurs, dans vos diverses fonctions. Assurés qu'elles seront pour vous de nouvelles occasions de prouver votre zèle et votre dévouement pour l'Association, nous vous remercions d'avance du concours que vos précédents services nous donnent le droit d'attendre avec confiance...

Réalisons la propagation, la contagion du bien. Elle ne saurait être difficile à obtenir sur place, et dans les rapports de voisinage, quand nous la voyons réussissant à merveille à distance, à travers les mers, et presque... aux antipodes!

J'ai, en effet, cette bonne fortune de pouvoir, cette année, rouvrir devant vous le chapitre de notre expansion coloniale.

Un très honorable confrère, ancien membre de la Société locale de Brest, aujourd'hui médecin de la marine à Pondichéry, le docteur Brémond, a eu l'excellente idée de ne pas vouloir se séparer d'une Association dont il avait pu apprécier les bienfaits sur la terre de Bretagne. Voyant l'arbre transplanté à la Réunion y prospérer à merveille, il s'est proposé de le cultiver, lui aussi, dans l'Hindoustan français, et de fournir une nouvelle preuve de l'aptitude de l'Association à exercer, sous toutes les latitudes où il y a des médecins français, son influence humanitaire et moralisatrice. Cette démonstration ne tardera pas à nous être donnée, si j'en juge par le zèle du docteur Brémond et de ses associés. A partir du mois de janvier, nous étions en présence non plus d'un projet,

---

(ἔναιμα), c'est-à-dire de ceux qu'on mettait sur les plaies récentes préalablement essuyées « afin de les empêcher de suppurer... Quand l'écoulement du sang a cessé, il faut faire une onction avec le médicament enhème, où il entre de la fleur de cuivre ». Oribase et Dioscoride recommandent le vitriol bleu (χάλκαντος), la battiture de cuivre (λεπίς), le cuivre pyriteux, le cuivre brûlé. On appliquait aussi les enhèmes en poudre, comme on fait de nos jours avec l'iodoforme.

Les médicaments aromatiques et amers faisaient partie des vulnéraires. Hippocrate conseille « le vin, miel de cèdre, myrrhe ». Dioscoride cite le thym, l'aloès, l'absinthe, etc., etc.

Le feu, le plus puissant antiseptique, était employé dès la plus haute antiquité. Vous vous rappelez ce qu'en disait Hippocrate : « Ce que le fer ne guérit pas, le feu le guérit; ce que le feu ne guérit pas doit être regardé comme incurable. » Paul d'Egine employait le fer rouge pour ouvrir les abcès du foie. Albucasis se servait du cautère pour toute espèce d'abcès; le médecin arabe étendait et imitait la pratique des anciens médecins de la Grèce.

En résumé, les Hippocratiques connaissaient les avantages de l'antisepsie que M. Anagnostakis voudrait voir appeler *aposepsie*. Leur but était de s'opposer à la pourriture des plaies, et ils utilisaient les substances antiputrides dont ils pouvaient disposer.

L'eau bouillie et stérilisée, le lavage de la plaie avec le vin échauffé ou une solution de cuivre, l'onction au goudron et la réunion immédiate faite autant que possible; puis la poudre de fleur de cuivre, un mélange de substances aromatiques étaient employés.

mais d'un fait acquis. Pour former la Société locale de Pondichéry, seize adhérents avaient répondu à l'initiative du docteur Brémond, désireux de joindre leurs efforts aux siens, afin d'affirmer et d'étendre l'action de la nouvelle Association. Déjà le bureau est constitué ; notre cher Président général a été prié d'en accepter la présidence d'honneur. De son côté, M. le trésorier général s'est empressé d'envoyer les statuts et les règlements qui doivent servir à préparer ceux de la Société coloniale, et sur le vu desquels le Conseil aura très prochainement à prononcer l'affiliation de nos confrères.

Alors, Messieurs, j'adresserai aux nouveaux membres de l'Association générale les félicitations du Conseil ; vous voudrez bien me permettre d'y joindre celles de cette Assemblée, heureuse de saluer, à travers les mers, leurs nouveaux co-associés, les médecins français de l'Inde...

Messieurs, les Sociétés locales, fidèles à la devise : « Protection, moralisation, assistance », ont largement fait leur Œuvre.

Avec elles, je regrette d'avoir à reconnaître que la question de l'exercice illégal n'a pas perdu de son actualité.

Après tant d'exemples cités, tant d'excellents conseils donnés, il nous faut toujours constater de nouveaux méfaits dus à cet indestructible protée ; il nous faut reconnaître que le charlatan, contraint de quitter les régions où il est traité comme un être malfaisant, s'abat sur les pays — la France en est un ! — où il est sûr de trouver la tolérance de la loi et la mansuétude de la justice. Cependant nous devons admettre virilement que le mal reconnaît encore d'autres causes.

Notre action a-t-elle eu partout cette énergie, cet ensemble nécessaires pour nous assurer la victoire ? S'il y a des Sociétés locales pleines d'ardeur contre le charlatanisme, n'en est-il pas d'autres trop facilement disposées à admettre leur impuissance ?

Non, nous ne sommes pas toujours aussi désarmés que plusieurs se le figurent. Pour combattre ce fléau, n'avons-nous pas à notre disposition maintes ressources de l'ordre légal ou administratif, trop peu connues ou trop négligées ? Des confrères bien inspirés en usent avec succès. Sachons les imiter...

(Ici, l'orateur donne des exemples de poursuites heureuses exercées par les Sociétés locales, de jugements rendus contre des charlatans, etc.)

Reconnaissons, Messieurs, avec M. le docteur Surmay, que « l'Association n'est, comme quelques-uns le prétendent, ni une institution stérile, ni une machine difficile à mettre en action. Il s'agit simplement de vouloir s'en servir. »

Il n'y a, dans cette voie, ni effort inutile, ni démarche perdue. La tentative qui

---

L'emplâtre au goudron, le taffetas à la résine ou à l'asphalte servaient de même. Les parties voisines de la plaie étaient enduites de cérat pour empêcher le contact de l'air. Le pansement était toujours fait avec des compresses imbibées de vin, le tout recouvert et maintenu par des bandes de toile très propre.

Vous voyez, les premières applications de la méthode antiseptique remontent à plus de vingt-deux siècles ; l'art nouveau retournerait, suivant M. Anagnostakis, à son vieux point de départ.

Potion contre la dyspepsie. — Pepper.

Créosote	10 gouttes.
Bicarbonate de soude	8 grammes.
Gomme pulv	q. s.
Eau distillée	150 grammes.

F. s. a. une potion, dont on fait prendre une demi-cuillerée à soupe une heure après les repas, à titre de stimulant antiseptique, et pour faire cesser la fermentation qui se produit dans l'estomac, au début de la digestion. — N. G.

n'aboutit pas à une condamnation contribue à former l'opinion, et le jour prochain où interviendra une loi plus équitable et plus protectrice de l'intérêt de tous, nous pourrons dire que chacune de nos protestations a eu une part dans la réforme obtenue.

Si le médecin était le favori de la loi ou de la justice, s'il était bien au courant de ses droits, épris de ses prérogatives, passionné pour les défendre, nous n'aurions ni à lui rappeler le moyen de les faire valoir, ni à lui signaler ce qu'il lui faut éviter pour ne les pas compromettre. Mais la vérité est que le médecin a fort peu de droits, et ce *minimum*, trop souvent, il l'ignore, il le méconnaît, il le néglige, il s'y prend mal pour le défendre. Je n'en veux pour preuves que les affaires signalées au cours de vos comptes rendus, ou la plupart de celles pour lesquelles des consultations ont été demandées au Conseil général.

Ah! Messieurs, ce n'est pas un esprit processif que celui du médecin. Le médecin, il ne faut rien moins qu'un très grave préjudice, une criante injustice et surtout une atteinte portée à une indépendance ou à une dignité qu'il estime mille fois plus que son intérêt, pour le faire sortir de sa réserve, je dirais presque de son indifférence pour lui-même.

Et alors, comme il montre bien que la chicane n'est pas son fait ; comme il est évident qu'une longue habitude du dévouement, du sacrifice, de la générosité, de l'abnégation, poussée parfois jusqu'à la naïveté, l'a mal préparé au rôle de plaideur ! Ses intérêts, on a pu les léser longtemps sans qu'il réclamât. Un jour enfin, poussé à bout, violenté, il se décide à agir ; mais il le fait avec si peu d'à-propos, avec tant de négligence, qu'il doit le plus souvent échouer, échec à peine noté dans cette vie dont tous les instants, tous les soucis appartiennent non à lui, mais aux autres.

Si, malgré ses répugnances, le médecin est contraint de demander protection à la justice, qu'au moins il s'efforce d'agir utilement, qu'il suive les voies régulières et sûres que lui indiquent l'expérience et les avis autorisés des membres de nos Conseils judiciaires, dont le dévouement, toujours prêt, et la très généreuse collaboration méritent notre plus profonde gratitude...

(M. Riant donne des exemples de consultations et d'utiles avis donnés par les Conseils judiciaires de l'Association aux Sociétés des Landes, de l'Ain, de Seine-et-Marne, etc.)

Ainsi procèdent nos Conseils judiciaires, ainsi procède l'Association !

Ce n'est pas sortir d'un sujet où il est question un peu de nos droits et beaucoup plus de nos devoirs, ce n'est pas interrompre le récit des travaux des Sociétés locales et du Conseil, que de noter les progrès faits dans l'élaboration de la loi sur l'*Exercice de la médecine*, à laquelle l'Association a pris un si grand intérêt et une part si active. Grâce à l'empressement de M. Chevandier à déposer pour la troisième fois sa proposition de loi, nous pouvions espérer, avec l'honorable député, « que la Commission, munie des travaux de toutes celles qui l'ont précédée, serait à même de déposer son rapport avant Pâques ».

La loi sur l'exercice de la médecine a failli, une fois de plus, être mise en péril par une crise ministérielle. Rassurez-vous, Messieurs, l'accord qui s'est produit, sur presque tous les points essentiels, entre le Gouvernement et la Commission, nous donne l'espoir de voir enfin cette année couronner tant d'efforts et donner satisfaction aux vœux du corps médical et de l'Association.

Dès à présent, il y a une réforme qui ne rencontre plus de contradiction ; elle s'impose, ainsi que le reconnaît M. le professeur Brouardel :

« La loi du 15 juillet 1889 sur le recrutement de l'armée et le décret du 23 novembre 1889 ne stipulent aucune dispense pour les jeunes gens qui poursuivent leurs études en vue de l'officiat de santé, c'est-à-dire qu'avant d'obtenir le diplôme d'officier de santé, les étudiants devront faire trois ans de service militaire, puis quatre années d'études médicales ; ils ne pourront exercer la médecine avant 27 ou 28 ans. C'est décider que l'officiat de santé a vécu (1) ».

(1) Docteur Brouardel : *Rapport sur les projets de revision de la loi sur l'exercice de la médecine*. (Comité consultatif d'hygiène publique de France, 24 février 1890.)

Comme suite au vœu adopté par la dernière Assemblée générale, nous sommes heureux d'annoncer que, le 3 mars dernier, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a donné son approbation au projet de loi sur l'*Assistance médicale publique gratuite*, dont l'excellent rapport de M. Motet vous avait, par avance, fait connaître les très libérales dispositions.

L'an dernier, l'analyse des Bulletins des Sociétés locales m'amenait à signaler, — en rendant un très légitime hommage à des manifestations si complètement en rapport avec l'esprit de notre Œuvre, — les efforts de plusieurs Sociétés locales, pour instituer dans leur ressort les secours aux médecins malades. Ce n'était pas le secours à titre de droit, c'était le secours gracieux empruntant à la solidarité mutuelle, base de notre Association, je ne sais quoi de noble, de généreux, de confraternel, qui toujours met le cœur de moitié dans le service rendu.

Le mouvement que j'avais annoncé ne s'est pas ralenti!

Je devrais citer, parmi bien d'autres, la Société de Saône-et-Loire qui « verse une somme de 500 fr., pour servir une indemnité journalière aux sociétaires malades »; la Société de Maine-et-Loire, résolue à l'action : — « Dès que notre fonds de réserve atteindra 10,000 fr., et nous y marchons, dit-elle, votre Bureau espère, par un projet à l'étude, commencer l'application de ces progrès, d'abord locaux.

« Pour cela, recrutons, perpétuons, donnons ».

La Société de la Nièvre nous apprend que le projet adopté du docteur Mignot a donné d'excellents résultats et semble satisfaire tous les desiderata.

La Société de la Seine-Inférieure nous montre la sollicitude de la Société locale pour les confrères malheureux ou malades. Elle reconnaît qu'« un de ses pensionnés, dans une situation des plus critiques, n'a formulé de demande que parce que le bureau de la Société l'y a poussé ». D'autre part, M. le docteur Duménil soumettait à l'assemblée générale du 23 juin dernier un projet de règlementation aussi simple que possible, visant les cas de maladie.

Ainsi pense, ainsi agit la Société de Melun, Fontainebleau, Provins, qui s'occupe de faire face, ou, au moins, de contribuer en partie aux dépenses qu'entraîne le remplacement des médecins malades.

Je ne relève ici, à dessein, que ces tentatives locales, qui viennent s'ajouter à celles déjà signalées l'an dernier. Je ne prétends pas qu'un jour on ne puisse pas faire plus ni mieux. Ce que je constate, à l'honneur de l'Association, c'est qu'il y a, — et cela ne date pas d'aujourd'hui seulement, — parmi nos associés, des malades soignés et secourus; c'est que nous sommes en présence de faits acquis, de services rendus, dont il est de mon devoir de prendre acte, car c'est de l'histoire, et de l'histoire à laquelle vous avez vous-mêmes, Messieurs et chers collègues, donné une indiscutable authenticité en la signant de votre généreuse collaboration.

Des faits, voulez-vous passer aux idées, c'est bien autre chose encore. Vous verrez demain de quelle fécondité ont fait preuve nos Sociétés locales, dans la recherche du progrès, en matière d'assistance. Oui, on peut dire que le grain semé a admirablement germé, et que, si nous devons éprouver quelque embarras, ce n'est pas la stérilité qui le cause, mais plutôt l'abondance des solutions et la variété des projets.

Enfin, il nous est donné de constater que si les esprits sont partout en travail, les cœurs ne manifestent pas une vie moins active. En faut-il d'autres preuves que ces dons généreux, accompagnant des projets, dont l'auteur, convaincu de l'excellence de son idée, tient à se faire le premier souscripteur? La Société du Jura nous en fournit un bel exemple, dans la libéralité que le docteur Rouby (de Dôle) destine à la réalisation du mode d'assistance qu'il recommande.

Ah! Messieurs, des projets vagues, il est aisé d'en rencontrer; des projets accompagnés d'une sérieuse étude, quant aux moyens pratiques d'exécution, c'est beaucoup plus rare; mais combien plus exceptionnels encore ceux dont les auteurs, au lieu d'imposer aux autres les frais et les conséquences de leurs idées, usent de ce procédé original et généreux qui consiste à payer à la fois de leur esprit et de leur bourse, tentent eux-mêmes la mise à l'épreuve immédiate de l'idée qu'ils apportent, et s'offrent d'en démontrer, sur le champ, à leurs frais, la valeur pratique.

A ce titre, l'exemple du docteur Rouby, de la Société du Jura, mérite bien nos encouragements : nous faisons des vœux pour que cette façon idéale de favoriser le progrès rencontre parmi nos sociétaires beaucoup d'imitateurs, et se propage sous l'influence d'une rapide et féconde contagion.

Vous le voyez, Messieurs, par ces emprunts faits aux comptes rendus des Sociétés locales, se trouve déjà largement justifié ce que j'ai dit de votre activité. Et, cependant, combien d'autres questions ont été traitées par vous au cours de cette année! Combien d'idées se sont produites dans vos Assemblées générales! Partout les travaux scientifiques alternent avec les études de questions professionnelles. C'est la Société de la Creuse qui prépare et publie une *circulaire relative à l'étude des épidémies, des endémies et de l'hygiène du département;* c'est la Société du Calvados qui joint à son bulletin une savante consultation de Me Guillouard sur les questions soulevées par *l'affaire de Rodez*; c'est la Société du Doubs, dont un des membres, le docteur Coutemoine, communique une étude fort intéressante sur les inconvénients révélés par l'expérience de la *Convention internationale*, conclue à Paris, le 29 mai 1880, entre la France et la Suisse, *à l'effet de régler l'admission réciproque, dans les communes frontières de ces deux nations, des médecins, des chirurgiens, sages-femmes, établis dans lesdites communes, à l'exercice de leur art;* c'est la Société de la Gironde, dont le Bulletin contient un excellent mémoire de Me Boué sur la *responsabilité médicale*, vrai code professionnel que chacun de nous aura profit à consulter. Et j'en pourrais citer bien d'autres si le cadre de ce rapport, déjà trop long, ne m'imposait de me restreindre aux questions dont le Conseil général vous a demandé de faire une étude supérieure et pratique.

Deux vœux, pris en considération par la dernière Assemblée générale, ont réclamé, sans l'absorber tout entière, votre attention méritée. Ne représentaient-ils pas, en effet, sous deux aspects différents, mais également intéressants, l'influence protectrice de l'Association? D'un côté, la légitime préoccupation d'obtenir des pouvoirs publics la considération due aux médecins-légistes et une juste rémunération de ses services; de l'autre, il s'agissait d'un généreux effort, en vue d'améliorer le sort du médecin frappé par la maladie.

La question de la *réforme et du relèvement des tarifs de 1811 appliqués aux médecins-légistes* a donné lieu à d'intéressantes discussions dans le sein des Sociétés locales. A côté de l'étude de nombreux détails que comportait la solution, vos comptes rendus nous ont présenté des vues élevées et neuves, tout à l'honneur du corps médical et de l'Association générale. Si quelque chose peut assurer le succès de cette cause si légitime, c'est assurément, mes chers collègues, votre manière supérieure de la concevoir et de la défendre.

Vous étiez, Messieurs, tout à l'étude de cette question, lorsqu'est survenu un incident dont le retentissement considérable me dispense d'insister longuement sur des faits connus de chacun de vous. Ne croyant pouvoir accepter ni des honoraires qu'ils estimaient, non sans raison, humiliants pour la dignité du médecin-légiste, ni l'interprétation donnée à l'article 475. § 12 du Code pénal, relativement au « *flagrant délit*, » on sait à quel parti extrême eurent recours les médecins de l'Aveyron.

Je n'ai pas ici à rappeler les phases de cette affaire, les fortunes diverses qu'elle eut à subir devant les différents degrés de juridiction, et jusque devant la Cour suprême; l'interpellation au Sénat, l'insuffisance reconnue de tarifs surannés, la question portée à sa véritable hauteur par le discours de M. le sénateur Cornil, les détails donnés par M. le garde des sceaux sur l'existence et le fonctionnement de la commission chargée d'étudier la refonte générale du tarif de 1811, le vote du Sénat, la circulaire ministérielle du 22 janvier « prescrivant à MM. les procureurs généraux de consulter les associations de médecins de chaque ressort sur les modifications qui leur paraissent devoir être apportées au tarif qui leur est actuellement applicable. »

De son côté, par sa circulaire du 5 février, l'Association générale vous conviait à adresser d'urgence au Conseil général ces mêmes documents, destinés à être centralisés et soumis au rapporteur du vœu de la Société de l'Aveyron, lors de l'Assemblée générale...

Je ne vous dirai pas, Messieurs, avec quel souci du bien, du progrès, des véritables intérêts de l'Œuvre et du corps médical, Conseil général, commissions et rapporteurs

ont entrepris l'étude des questions que les Sociétés locales leur avaient soumises. Je laisse à l'éminent rapporteur du vœu de l'Aveyron, M. le docteur Motet, le soin de faire, avec sa haute compétence et le talent que vous savez, l'exposé des réponses adressées par plus de 70 Sociétés locales à ces circulaires, et de traiter, au nom de la Commission, composée de MM. Brouardel, Lannelongue, Dufay, Vannesson et Motet, rapporteur, la question si délicate dont il est chargé.

Mais, qu'il me soit permis de vous remercier ici, Messieurs, au nom du Conseil, des sentiments que ces réponses expriment : fermeté, modération, unanimité pour reconnaître que la fonction du médecin-légiste exige aujourd'hui d'autres égards, d'autres compensations, mais surtout une préparation plus complète, plus spéciale, une instruction à la hauteur d'une tâche chaque jour plus difficile. Faire honneur à la profession, voilà ce que partout le médecin-légiste demande...

Ce n'était une question ni moins difficile, ni moins intéressante que celle posée par les Sociétés de la Gironde et de l'Oise, dans leur vœu sur l'*Assurance contre la maladie*, ou l'*Indemnité à donner aux médecins malades*. Voilà qui ne touchait pas seulement une catégorie, plus ou moins limitée, de confrères ; c'était à tous que s'adressait cette généreuse pensée, c'était pour tous qu'il s'agissait d'instituer une prévoyante et efficace protection. Impossible de prévoir une dissidence sur la question de sentiment et de principe. En était-il de même de la question de réalisation, d'adaptation à nos statuts, d'annexion ou d'indépendance de l'Œuvre nouvelle?

Enfin, la proposition à discuter exigeait la solution de plus d'un problème statistique et financier. Si l'on a pu dire, avec raison, que l'on ne saurait bien comprendre *les Géorgiques* de Virgile sans avoir été cinq ans au moins cultivateur, le médecin, appelé à se prononcer sur une question d'assurance, appliquée à une catégorie nouvelle, et toute spéciale, d'assurés, n'allait-il pas rencontrer des difficultés qui lui feraient regretter de n'avoir pas été, quelques années au moins, un peu... financier?

Heureusement, M. Lereboullet, rapporteur de la Commission chargée de l'examen de ces vœux (Commission composée de MM. Brun, Hérard, Vannesson, Lereboullet), en se livrant à l'étude d'une question qui lui était déjà familière, a pu mettre à profit l'expérience des Sociétés d'assurances auxquelles il donne son concours, et de celles qui, en France et à l'étranger, ont tenté ou réussi la même épreuve. Demain, chacun de nous pourra, après avoir entendu le lumineux et très savant rapport de notre collègue, se sentir assez initié aux mystères et aux données trop peu connues des assurances, et en particulier de l'assurance contre la maladie, pour se former et pour exprimer une opinion bien motivée sur la question, tant au point de vue du principe que des modes proposés de réalisation...

Et maintenant, Messieurs et chers Collègues, à vous de répondre à ce que l'Association générale attend de votre concours. Vous êtes venus aujourd'hui, de tous les points de la France, pour traiter des intérêts de la profession médicale, pour chercher les meilleures solutions aux questions difficiles de l'heure présente.

Vous êtes venus — vos comptes rendus, votre correspondance l'attestent — pleins de confiance dans la direction du Conseil général, pleins d'espérances dans la sagesse des résolutions de cette Assemblée.

Vous avez raison, Messieurs, ce n'est pas en vain que se produit un souffle vivifiant et généreux comme celui qui est né de l'examen de nos questions professionnelles. Homme dévoué par excellence, que le médecin s'efforce de trouver une manifestation encore plus efficace de sa générosité envers ses confrères ; qu'il sollicite auprès de la justice la position et le traitement réclamés par sa dignité et par l'extension, toujours obligée, toujours croissante, des services sociaux qu'il rend, et des connaissances sans cesse en progrès qu'il doit et veut acquérir, c'est là un spectacle encourageant, une de ces viriles résolutions qui présagent à une Assemblée des discussions fécondes. Empreintes de sagesse, vos décisions ne peuvent manquer de trouver un écho sympathique auprès des pouvoirs publics.

Jamais encore, peut-être, il n'a été donné, soit à nos prédécesseurs, soit à nous-mêmes, d'avoir à résoudre des problèmes aussi complexes ni de constater un mouvement d'idées aussi général ; jamais l'esprit de progrès n'avait encore posé devant nous

de pareils points d'interrogation. Mais on ne serait pas de son temps si on croyait pouvoir échapper à cette tendance de l'époque actuelle; on ne serait pas de son temps si on refusait d'entrer dans ce mouvement, si on prétendait en méconnaître les causes et l'importance; on ne serait pas le représentant de vos idées et de vos généreuses aspirations si on ne recherchait résolument, sans arrière-pensée, sans parti-pris, les moyens propres à donner à ces espérances la satisfaction qu'elles peuvent comporter.

Ce sera l'honneur de notre Œuvre, ce sera notre honneur à tous, Messieurs et chers Collègues, d'y avoir travaillé. Une fois de plus, Conseil et Sociétés locales auront uni leurs efforts sincères, leur pensée confraternelle et libérale pour assurer la « marche en avant » de l'Association générale des médecins de France.

Deuxième séance.

La séance est ouverte à deux heures et demie. Après le vote du procès verbal de la dernière assemblée générale, et l'approbation des comptes du trésorier, la parole est donnée à M. Richelot, pour lire la deuxième partie de son rapport sur les pensions viagères. Les conclusions de ce rapport sont votées.

L'Assemblée écoute ensuite le rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de l'Aveyron : *Revision du décret du 18 juin 1811 réglant les honoraires des expertises médico-légales*. Une discussion s'élève entre MM. Pamard, Gassot, Mie, Hubert, Coutagne, Cellier, Rouyer, Masbrenier, Liétard, auxquels répondent MM. Riant, Lannelongue, Brouardel, Motet.

La Commission s'engage à tenir compte des modifications de détails proposées pour la rédaction de certains articles, et M. le président Roger met aux voix l'ordre du jour suivant :

« L'Assemblée générale approuve le rapport de M. le docteur Motet, concluant à la réforme des études médico-légales et au relèvement des tarifs de 1811, appliqués aux médecins légistes. Elle confie le soin de traiter avec M. le garde des sceaux des détails d'application que comporte la seconde de ces réformes, à la Commission au nom de laquelle le rapport est fait; cette Commission s'adjoindra, à cet effet, des représentants des Sociétés locales, si elle le juge nécessaire. »

Cet ordre du jour est voté à l'unanimité.

M. Lereboullet lit son rapport sur les vœux de la Société de la Gironde et de celle de l'Oise, relatifs à l'*Assurance en cas de maladie*. Après la discussion de ce rapport, à laquelle prennent part MM. Desprès, Gassot, Pitres, Cousyn, Rouyer, Cézilly, Lande, Lereboullet, Brouardel, il est décidé à l'unanimité par l'Assemblée que la question de l'*Assurance ou de l'indemnité* en cas de maladie « reste à l'étude », et en conséquence que la Commission dont le rapport vient d'être lu se chargera de réunir tous les projets ou documents qui lui seront adressés ultérieurement. Sur la proposition de M. le docteur Cézilly, il est également voté à l'unanimité que cette Commission fera appel, à titre consultatif, aux membres des Sociétés locales qui ont étudié spécialement la question.

M. Horteloup fait l'exposé des vœux nouveaux soumis à la prise en considération :

La Société de Laon, Vervins, Château-Thierry demande *que la rédaction d'un code de déontologie soit confiée au Conseil général*. — Ce vœu n'est pas pris en considération.

La Société de la Meuse demande : 1° *la réforme des honoraires pour les opérations médico-légales* (rejeté); 2° *un certificat spécial de médecine légiste ou un corps officiel de médecins légistes* (il y est fait droit dans le rapport de M. Motet); 3° *l'abolition des médecins certificateurs assermentés* (rejeté).

La Société de la Loire et Haute-Loire demande *qu'à l'avenir, dans les grandes villes, le poste de médecin-légiste soit mis au concours*. — Rejeté.

La Société des Landes émet le vœu : 1° *Que l'Association générale mette à l'étude, au sein du Conseil général, la question des changements, des améliorations à apporter à la pratique de la médecine légale;* 2° *Qu'une fois son étude terminée, elle en saisisse les pouvoirs publics, en leur demandant, au nom du corps médical français, que le projet de Code d'instruction criminelle qui organise, sur de nouvelles bases, la pratique de la médecine légale soit enfin définitivement discuté et voté par le Parlement.* — Ce vœu est pris en considération.

La Société du Nord demande *que le Conseil mette à l'étude les voies et moyens nécessaires pour permettre à l'Association la délivrance d'une indemnité aux Sociétaires malades, moyennant une cotisation supplémentaire.* — Rejeté.

La Société de Tarn-et-Garonne demande *qu'en outre des pensions accordées aux membres malades, il soit également accordé, autant que l'état des finances le permettra, une pension de 600 francs, à titre de pension de retraite, à ceux des membres de l'Association qui auront dépassé 60 ans et qui font partie de l'Association depuis plus de 10 ans, et en commençant toujours par les plus anciens.* — Rejeté.

La Société des Alpes-Maritimes émet le vœu *qu'à l'avenir, les pensions viagères soient attribuées : 1° aux médecins infirmes présentés par les Sociétés locales ; 2° aux médecins les plus âgés, membres de l'Association depuis plus de quinze ans.* — Rejeté.

La Société de la Loire-Inférieure propose *qu'une caisse dite des victimes du devoir soit instituée à l'Association pour donner des secours aux familles des sociétaires morts par suite d'actes de dévouement accomplis dans l'exercice de la médecine, ou aux membres eux-mêmes devenus incapables de continuer à pratiquer la médecine à la suite d'un acte de dévouement professionnel.* — Rejeté.

Sur le traitement de l'ectopie testiculaire,

Par L.-G. Richelot.

Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire est encore une de nos acquisitions récentes et un de nos progrès les moins à dédaigner. On peut dire qu'aujourd'hui, passé l'âge où le testicule arrêté en chemin peut achever lui-même sa descente, il est presque toujours utile et souvent très urgent d'intervenir pour corriger cet arrêt de développement.

La rétention du testicule au-dessus du trajet inguinal ou dans ce trajet a de nombreux inconvénients. La glande séminale est dépourvue de ses aptitudes fonctionnelles, ou bien elle les perd à un certain âge, tandis que, descendue artificiellement et replacée dans les bourses, elle peut encore, à moins d'atrophie extrême, continuer son évolution et devenir apte à jouer son rôle. Dans sa position anormale, elle est exposée aux blessures, à l'orchite, aux néoplasies. Elle peut, si elle s'enflamme, être la cause d'une péritonite, parce que la séreuse qui l'entoure communique largement avec l'abdomen. Enfin, par ce même fait de la persistance du conduit vagino-péritonéal, l'ectopie s'accompagne souvent d'une hernie dite congénitale, avec tous les dangers qu'elle entraîne. En voilà bien assez pour que nous soyons heureux d'avoir trouvé le moyen de remédier, dans une large mesure, à ce vice de conformation.

La question a été soulevée à la Société de chirurgie, le 10 avril 1889, par un mémoire de Tuffier et un rapport de Lucas-Championnière. L'auteur du mémoire recommande de combattre l'ectopie inguinale en faisant subir au testicule des tractions répétées qui mobilisent peu à peu la glande et son cordon; puis de l'empêcher de remonter vers l'anneau en le fixant au fond des bourses par des fils de catgut passés au travers de l'albuginée. Cette fixation du testicule a reçu d'abord le nom impropre de « célorrhaphie »; on a dit ensuite « orchidopexie », mot plus correct et rappelant l' « hystéropexie » ou fixation de l'utérus.

Des faits produits à la Société de chirurgie, il résulte que la piqûre aseptique du testicule est sans danger et, d'autre part, que les manipulations peuvent aider quelquefois à la descente de l'organe, à la condition qu'il offre déjà une certaine mobilité.

Mais toute la question n'est pas là. Pour guérir l'ectopie, faut-il se borner à tirer dessus et à faire un point de suture? Faut-il se fier à celui-ci pour empêcher l'ascension du testicule et la récidive? Quand l'ectopie s'accompagne de hernie congénitale, doit-on se contenter d'abaisser la glande pour aboutir à l'application d'un bandage? Ces divers points n'ayant pas été pleinement éclaircis dans la séance du 10 avril, et la discussion qui a suivi le rapport de Lucas-Championnière ayant laissé incertaine la conduite à tenir en présence d'une ectopie testiculaire, voici en quelques mots l'opinion que m'ont suggérée les faits observés par mes collègues et ceux que j'ai vus moi-même.

Je pense qu'une opération contre l'ectopie n'est pas, en général, indiquée pendant la première enfance, car l'organe, à cet âge, descend quelquefois tout seul. Peut-être a-t-on le droit de favoriser cette évolution naturelle par les tractions, le massage, les bandages à fourche, si tant est qu'on puisse employer efficacement ces procédés chez un enfant très jeune. D'autre part, au delà de 20 ans, les fonctions du testicule risquent fort d'être à jamais perdues. Il faut donc intervenir activement vers l'âge de 15 ans; c'est aussi l'âge moyen que j'ai indiqué, dans une discussion antérieure, pour la cure des hernies congénitales.

Mais, à l'âge opportun, quelle sera la meilleure intervention? L'indication est double : il s'agit à la fois de sauver le testicule, et de guérir ou de prévenir une hernie congénitale. Cela étant, je dis qu'il est insuffisant et irrationnel de s'en tenir à la fixation du testicule au scrotum à l'aide d'un fil (orchidopexie), et que la première condition d'un bon traitement est de *supprimer le conduit vagino-péritonéal.* Ce n'est pas la seule condition, mais c'est la première. C'est faire, en somme, la cure d'une hernie actuelle ou possible dans l'avenir. Rien n'égale la bénignité de l'opération entre des mains délicates; et ce point admis, il n'est pas difficile d'en démontrer les avantages.

1° S'il y a hernie, pourquoi chercher seulement à la rendre coercible en la séparant du testicule, quand on pourrait, du même coup, la supprimer? La cure d'une hernie congénitale, prise de bonne heure, est vraiment définitive, nous en avons maintenant la preuve; et le résultat en vaut la peine, car c'est la plus fâcheuse des hernies.

2° Si l'intestin n'est pas descendu, la disposition congénitale n'en existe pas moins: à tant faire que d'opérer, il vaut mieux aller jusqu'au bout, et faire une cure radicale préventive.

J'ajoute que cette cure doit être vraiment radicale, c'est-à-dire qu'il ne faut pas se contenter d'oblitérer le canal séreux par quelques points de suture, mais le supprimer totalement par une dissection minutieuse. J'ai démontré, dans un travail antérieur, que la dissection est toujours possible, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs qui ont parlé de la cure des hernies congénitales, et qu'elle n'offre pas de grosses difficultés. Voici une nouvelle preuve qu'elle est nécessaire :

Un ouvrier typographe de 18 ans est entré à l'hôpital Tenon le 16 novembre 1889, pour un gonflement de la moitié droite du scrotum. Ce gonflement est une récidive, car il s'est déjà fait opérer à l'Hôtel-Dieu, le 13 juin dernier, par Kirmisson, remplaçant le professeur Richet. Renseignements pris, il avait une hydrocèle congénitale et une ectopie testiculaire à droite; Kirmisson a incisé le scrotum, refoulé et fixé le testicule au fond

des bourses, évacué l'hydrocèle et oblitéré le conduit vagino-péritonéal par le « capitonnage » avec plusieurs points de suture. Aujourd'hui, l'hydrocèle s'est reproduite et forme une tumeur bilobée, occupant la moitié supérieure du scrotum ; elle est transparente, molle, fluctuante et ne se réduit pas complètement dans la position horizontale. Le testicule, remonté depuis l'opération, est au-dessous de l'anneau inguinal externe ; il adhère à la peau, qui offre, au point où on l'a fixé, une légère dépression, un commencement d'invagination. Le malade se plaint de souffrir en marchant et en travaillant.

Le 22 novembre, j'incise au niveau du testicule, sur l'ancienne cicatrice. Ecoulement d'une sérosité partiellement retenue dans plusieurs diverticules de la vaginale, irrégulièrement cloisonnée. Le conduit vagino-péritonéal existe et admet l'extrémité de l'auriculaire ; il ne reste pas trace du capitonnage ; la sonde cannelée pénètre dans l'abdomen à toute profondeur. Alors j'entreprends la dissection du canal séreux, qui n'est pas difficile, je la pousse très haut et je ferme le péritoine ; puis, en suturant son bout inférieur au catgut, je reconstitue la vaginale autour du testicule mis à nu. Je laisse l'organe à la place qu'il occupe, sans chercher à le faire descendre davantage, et je ferme la plaie comme à l'ordinaire. Le malade guérit sans difficulté, après avoir eu, je ne sais pourquoi, un peu d'orchite du côté gauche, et une légère funiculite du côté de l'opération ; il quitte l'hôpital le 27 décembre.

Inutile d'insister pour montrer que, dans cette histoire, la fixation du testicule au scrotum ne l'a pas empêché de remonter, entraînant la peau tout aussi mobile que lui ; de plus, le capitonnage n'a pas suffi pour oblitérer le canal séreux et prévenir la récidive de l'hydrocèle. En cas de hernie, les mêmes faits se seraient produits sans nul doute, et la cure n'aurait pas été radicale.

3° La suppression du canal séreux n'est pas seulement une cure radicale préventive ; c'est faire que le testicule ne peut plus remonter au delà d'une certaine limite. Chez quelques sujets, l'organe descendu spontanément après la naissance est retourné un beau jour dans l'abdomen et a disparu : Ce danger n'est pas à craindre, si le testicule a été enclos dans sa vaginale, le péritoine fermé d'autre part, et le canal séreux remplacé par une colonne de tissu cicatriciel.

Il y a plus. Après l'orchidopexie, l'ascension et la récidive sont habituelles ; or, il y a des cas où la cure radicale toute seule assure mieux la fixation, en avivant la face externe de la vaginale, en déterminant de nouvelles adhérences de cette face avec le tissu cellulaire des bourses, et en supprimant la route glissante où le testicule monte et descend. J'ai opéré, en 1886, une hernie congénitale avec ectopie ; ayant attiré le testicule au-dessous de l'anneau inguinal externe, je ne l'ai pas fixé par la suture, et j'ai pu constater au bout d'un an qu'il était sensiblement descendu, qu'il occupait le scrotum et était mobile, dans une certaine mesure, au-dessous du pubis. (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, p. 650). En 1888, dans une autre cure radicale, j'ai trouvé le testicule adhérent au pli de l'aine, non dans le trajet inguinal, mais en dehors de l'arcade de Fallope, et pourvu d'un cordon de longueur suffisante ; je l'ai installé, sans la moindre suture, dans une logette creusée au milieu d'un scrotum rudimentaire, et il y est resté, à la grande satisfaction du malade. Voici ce dernier fait en abrégé :

M. D..., 27 ans, opéré le 29 août 1888. La situation de la glande séminale

est curieuse et exceptionnelle : l'organe est descendu et sorti de l'anneau; seulement, refoulé sans doute par la hernie. peut-être aussi par la pression du bandage, il s'est renversé, son extrémité inférieure regarde en haut et des adhérences le retiennent couché obliquement dans la direction du canal inguinal, au-devant de l'aponévrose. Le cordon, au sortir de l'anneau, se réfléchit de bas en haut vers le testicule.

Le canal séreux étant supprimé et le testicule enfermé dans sa vaginale, celui-ci se trouve mobile au bout d'un cordon qui a toute la longueur voulue pour que l'organe soit replacé dans les bourses. Malheureusement, le scrotum est à peine développé; tout ce que je puis faire, c'est d'y creuser avec le doigt une logette où la glande séminale est installée pour y contracter de nouvelles adhérences, tandis que le cordon reste légèrement flexueux au-dessus d'elle.

J'ai revu ce malade longtemps après la guérison. Le testicule est toujours à la place où je l'ai mis, et M. D... s'applaudit sans réserve du résultat de l'opération. (Dr Chauveau, *Des hernies inguinales congénitales*, thèse inaug., 1888; *Union médicale*, 27 janvier 1889.)

Tels sont les bénéfices de la cure radicale. Aussi est-elle, pour moi, la première condition du traitement. Mais elle n'est pas la seule, car souvent, malgré la suppression du canal séreux, le testicule remonte et vient se placer au-dessous de l'anneau inguinal.

Est-ce la fixation de l'organe au scrotum qui empêchera cette ascension nouvelle? Non; je ne crois pas que le passage d'un fil pour le maintenir adhérent ait une influence réelle sur sa position définitive. Et de fait, les observations démontrent le peu de valeur du procédé. Il faut bien savoir que la force qui fait remonter l'organe est puissante, et que le fond des bourses n'est pas un point fixe. De deux choses l'une, ou le testicule n'est pas attiré de bas en haut, et la suture est inutile pour le maintenir, l'avivement du tissu cellulaire suffisant à l'adhésion; ou l'organe est attiré, et le scrotum, qui est absolument mobile, ne demande qu'à remonter avec lui. Voici un nouvel exemple de ce fait :

Au mois de mai 1889, un garçon de 3 ans me fut envoyé du département de Seine-et-Marne pour une ectopie inguinale droite. Le testicule, très mobile, descendait dans un scrotum incomplètement développé, remontait et se perdait dans l'abdomen. Au premier abord, il n'y avait pas lieu d'intervenir à cet âge; mais on réclamait mon assistance, parce que l'organe, au lieu d'aller et venir librement, s'arrêtait souvent dans le trajet inguinal, y devenait fixe et douloureux tout à coup, et provoquait de véritables symptômes d'étranglement.

Dans ces conditions, je ne crus pas devoir m'abstenir, et j'avoue que je ne me fis pas scrupule d'opérer chez un enfant aussi jeune, contrairement à la règle que je suis d'ordinaire, un testicule en ectopie folle, qui s'exposait lui-même à des inflammations dangereuses, et qui, par ses allures, maintenait dilaté le conduit vagino-péritonéal et en faisait un sac tout prêt pour la hernie future. J'opérai donc, et je fis la dissection et l'ablation totale du canal séreux en fermant le péritoine aussi haut que possible et reconstituant la vaginale autour du testicule. Puis, par acquit de conscience et pour en voir le résultat, je fixai l'organe au fond du scrotum avec un crin de Florence passé à travers son tissu. L'enfant guérit très vite, mais le testicule remonta et vint se placer au-dessous de l'anneau

inguinal externe, entraînant la peau toujours adhérente au niveau du point de suture et légèrement invaginée.

Ainsi, le canal est fermé, la hernie prévenue, le testicule ne peut plus rentrer dans le ventre; il est un peu haut situé, mais bien enclos dans sa vaginale et capable, sans nul doute, de remplir un jour ses fonctions. Par suite, le résultat que j'attendais de l'opération est obtenu, et cela, par le fait de la cure radicale; mais, si j'avais compté sur la fixation au scrotum pour déterminer la position de l'organe, j'aurais une complète désillusion.

Si donc on trouve un intérêt sérieux — et cet intérêt n'est pas niable — à maintenir le testicule au fond des bourses, il faut chercher ailleurs. Or, deux moyens se présentent : la section des fibres du crémaster et la fixation *du cordon* au niveau du trajet inguinal. A priori, ces deux moyens sont rationnels. Nul doute que le crémaster joue un rôle dans l'ascension du testicule; nul doute que, si le muscle est supprimé, l'organe sera beaucoup moins sollicité vers le trajet inguinal. Mais, en supposant même qu'il ne reste plus aucune de ses fibres, il reste encore la rétraction naturelle de tous les éléments du cordon, pour peu que celui-ci ait une certaine brièveté et qu'on ait dû tirer sur lui pour amener le testicule au fond des bourses. Donc, à part la section du muscle, il doit être utile d'immobiliser en un point de son trajet l'instrument qui exerce les tractions en retour, c'est-à-dire le cordon.

Un fait que je viens d'observer à l'hôpital Tenon va mettre en lumière ces divers points, et me permettra de vous donner ma conclusion générale sur le traitement de l'ectopie testiculaire.

Il s'agit d'un forgeron de 20 ans, qui est entré dans mon service le 13 février 1890. Il s'est aperçu, à l'âge de 10 ans, que ses deux testicules n'occupaient pas les bourses. Depuis une quinzaine de jours, celui du côté droit est douloureux et empêche tout travail; il est au pli de l'aine, paraît de volume ordinaire et immobilisé dans le trajet inguinal. Le gauche, d'une taille au-dessous de la moyenne, est libre et flottant, se laisse attirer sans résistance au-dessous de l'anneau, et remonte aussitôt vers la partie supérieure du trajet. A gauche, le scrotum est peu développé; à droite, il est rudimentaire.

Opération le 25 février. Commençant par le côté gauche, je découvre le testicule en incisant le conduit vagino-péritonéal; puis une incision transversale au devant des éléments du cordon me permet d'isoler par décollement le bout supérieur du canal séreux. Je remarque alors que ce canal est oblitéré à la partie supérieure du trajet inguinal, et ne communique plus avec l'abdomen; c'est un cas particulier qui ne change rien aux indications. Je supprime ce bout supérieur par une dissection complète, sans avoir à fermer le péritoine avec un fil de catgut. Cela fait, je reconstitue la vaginale autour du testicule par quelques points de suture.

Reste la fixation : le testicule, enclos dans sa vaginale, est absolument isolé, ainsi que le cordon lui-même, par la déchirure ou la section de toutes les adhérences qui l'unissent au tissu cellulaire des bourses, de telle sorte qu'il devient tout à fait libre et appendu au cordon comme un battant de cloche. Ce n'est pas tout : je déchire avec des pinces le tissu cellulo-fibreux du cordon, surtout à proximité de l'anneau inguinal, de manière à le bien dépouiller, à le réduire à sa plus simple expression; ceci a pour but de détruire les fibres du crémaster qui rampent à sa surface, mais que je ne vois pas, car le tissu est uniformément coloré par un peu de sang

et dans aucun point je ne distingue nettement les pâles faisceaux de la tunique érythroïde, même en fouillant dans le trajet inguinal. Je dispose alors le testicule au fond du scrotum, dont la partie gauche offre une largeur suffisante; je puis le faire sans tirer, sans mettre en jeu l'élasticité du cordon, et cela parce qu'il est entièrement libre d'adhérences. Je ne fixe pas le testicule au scrotum; mais, avec l'aiguille de Reverdin, je place trois gros fils de catgut qui rétrécissent l'anneau et le trajet inguinal en passant au travers des éléments du cordon. Ces fils sont pareils aux sutures profondes par lesquelles on rétrécit le trajet herniaire en terminant la cure radicale, avec cette différence qu'ils prennent les couches externes du cordon pour les fixer à l'aponévrose abdominale, et ne respectent que le canal déférent et l'artère spermatique. — Suture de la plaie sans drainage.

A droite, je commence la même opération, pensant trouver le testicule au beau milieu du canal inguinal et être gêné pour fermer le péritoine. Mais il n'en est rien : l'organe est sorti de l'anneau, remonté en dehors, et couché obliquement sur l'arcade crurale. Le cordon est de longueur normale et se réfléchit de bas en haut. C'est la même disposition que chez M. D..., dont j'ai résumé plus haut l'observation. Je fais alors la dissection du canal séreux, dont le bout supérieur offre la même disposition que du côté gauche ; ensuite, la vaginale étant fermée par des points de suture, je détruis toutes ses adhérences au tissu cellulaire, je la libère entièrement, et je dépouille le cordon comme je l'ai fait du côté opposé. J'ai dit qu'il était de longueur suffisante; mais c'est le scrotum qui manque. Cependant, je le dilate avec les deux index et je creuse dans le tissu cellulaire une logette où je dépose le testicule, puis je termine par la fixation du cordon au canal inguinal avec des fils de catgut. Réunion de la plaie sans drainage et pansement.

Aucune suite opératoire ne mérite d'être notée; ce qui est intéressant, c'est de constater la situation définitive occupée par le testicule. Au bout d'un mois, sans doute, on peut dire qu'elle n'est pas encore définitive; cependant, à voir les deux organes commodément placés au fond d'un scrotum bien formé, sinon très large, tandis que tout est souple au-dessus d'eux et que rien ne paraît les solliciter à remonter vers le pli de l'aine, il est bien difficile d'admettre que le succès thérapeutique ne soit pas complet et durable. Nous le verrons, d'ailleurs, et je vous le dirai plus tard.

En résumé, comment faut-il comprendre le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire?

Attirer l'organe vers le fond du scrotum et chercher à l'y maintenir par des points de suture, sans oblitérer le conduit vagino-péritonéal, est une méthone irrationnelle et insuffisante. La perméabilité du canal séreux laisse persister la hernie ou les chances de hernie et facilite le retour du testicule au pli de l'aine. L'adhérence à la peau des bourses n'a qu'un effet possible : c'est d'empêcher l'organe, en cas d'ectopie folle, de rentrer dans l'abdomen, la peau ne pouvant s'invaginer jusque-là. Mais elle ne l'empêche pas de remonter au pli de l'aine; il est donc bien inutile, quand on a fait la cure radicale, d'y ajouter l'orchidopexie.

Le premier point du traitement, c'est la cure radicale. Elle pare aux deux inconvénients majeurs de l'ectopie, la persistance du canal séreux et l'atrophie testiculaire; elle sauve la glande et guérit ou prévient la her-

nie congénitale. Cela fait, la plus grosse besogne est faite; on pourrait s'arrêter-là.

Cependant, il vaut mieux que la glande séminale ait une certaine mobilité au fond des bourses et ne soit pas collée au pubis. Pour atteindre ce résultat, il faut : 1° disséquer parfaitement la surface externe du cordon et de la vaginale reconstituée, les libérer entièrement, afin de pouvoir abaisser le testicule sans qu'il soit retenu par aucune adhérence; 2° détruire les fibres du crémaster en dépouillant le cordon; 3° creuser une loge pour le testicule dans le scrotum plus ou moins rudimentaire, et l'y déposer simplement; 4° fixer *le cordon* au trajet inguinal par des points de suture qui prennent ses couches superficielles et respectent le canal déférent et l'artère spermatique.

Les difficultés de cette seconde partie du traitement sont en raison inverse de la longueur du cordon. Il y a des ectopies très mobiles avec des cordons suffisants ; des ectopies apparentes, comme dans les deux cas cités plus haut, avec un testicule descendu mais fixé en dehors de l'arcade, et un cordon bien développé. En pareil cas, le succès doit être complet. Si, au contraire, le cordon est très court, si la glande est retenue dans le trajet inguinal, on peut être gêné pour disséquer le bout supérieur et fermer le péritoine, gêné surtout pour abaisser l'organe. Il faut alors se résigner à ne pas le voir aussi bas et aussi mobile qu'on voudrait; mais, du moins, la manœuvre complexe que j'ai décrite, isolement parfait, section des fibres crémastérines et fixation du cordon, donne l'assurance qu'il restera où on l'a mis. Enfin, si la position définitive de l'organe est peu satisfaisante à divers points de vue, il faut bien se dire que, par la seule cure radicale, on a déjà satisfait aux principales indications du traitement.

BIBLIOTHÈQUE

Bibliothèque anthropologique. — L'ÉVOLUTION POLITIQUE DANS LES DIVERSES RACES HUMAINES, par le docteur Letourneau, secrétaire général de la Société d'anthropologie, etc. — Paris, 1890. Lecrosnier et Babé, libraires-éditeurs.

L'*Union médicale* n'étant pas un journal politique ne peut pas entrer dans les détails des sujets traités par M. Letourneau dans son nouveau livre. Mais elle ne veut pas négliger d'annoncer ce livre à ses lecteurs, car ils trouveront certainement à sa lecture du charme et de l'instruction.

Notre savant confrère a pris pour épigraphe la curieuse phrase suivante d'Aristote : « L'homme est un animal politique. » Voici, du reste, en quels termes l'auteur présente son œuvre au public : « ... Dès aujourd'hui, on peut affirmer que les Sociétés humaines, quelles qu'elles soient, évoluent suivant certaines règles, résultant de la nature même de l'homme.

« Dans de précédents ouvrages, j'ai noté, en gros, ces phases évolutives pour la morale, la famille et le mariage, la propriété. A leur tour les phénomènes politiques ont été soumis, dans ce volume, à une investigation du même genre. A première vue, le domaine politique a un aspect ondoyant, comme la mer, changeant comme les nuées; mais ce n'est qu'une apparence. Scientifiquement interrogées, l'ethnographie et l'histoire répondent qu'à condition de durer suffisamment les sociétés humaines évoluent régulièrement, par étapes successives, qui sont : l'anarchie, le clan communautaire, la tribu républicaine d'abord, aristocratique ensuite, puis la monarchie, qui commence par être élective pour devenir héréditaire. Enfin certaines nations d'élite répudient de bonne heure la forme monarchique pour faire retour à un régime républicain, fort différent

d'ailleurs de celui des tribus primitives, et préludent ainsi à des formes sociales nouvelles, encore cachées dans l'avenir. »

Le volume tout entier est consacré à l'exposé et à la démonstration de ces phases de l'humanité; pour les éclairer, l'auteur a mis à contribution tous les êtres vivant en société à la surface du globe. Et l'œuvre se termine par un coup d'œil de retour sur le passé et par une vue vers l'avenir.

Les ouvrages de M. le docteur Letourneau représentent un considérable et consciencieux travail; celui-ci n'est point au-dessous des précédents; et nous ne saurions trop le recommander. — G. R.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT PENDANT LE MOIS DE MARS 1890.

(*N. B.*) — Les thèses précédées d'un astérique (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Du 1er au 5 mars. — Pas de thèses.

Jeudi 6. — N° 129. M. Catrou (Jacques) : Etude sur la maladie des tics convulsifs. (Président, M. Charcot.) — N° 130. M. Parisot (Eugène) : Etude physiologique de l'action de la caféine sur les fonctions motrices. (Président, M. G. Sée.)

Vendredi 7. — N° 131 (*). M. Reboul (Jules) : Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses, de l'emploi des antiseptiques et en particulier du naphtol camphré. (Président, M. Lannelongue.)

Du samedi 8 au mardi 11. — Pas de thèses.

Mercredi 12. — N° 132 (*). M. Vignard (Edmond) : De la prostatotomie et de la prostatectomie, et en particulier de leurs indications. (Président, M. Guyon.) — N° 133. M. Cézilly (Henri) : Contribution à l'étude de la grippe. (Président, M. Potain.)

Jeudi 13. — N° 134. M. Mary (Henri) : Considérations démographiques et nosographiques sur la maison départementale de Nanterre, statistique, morbidité, mortalité; maladies chroniques et aiguës; contagieuses et épidémiques (1888-1889). (Président, M. Brouardel.) — N° 135. M. Rodriguez (Marcele) : Contribution à l'étude de la physiologie du foie. (Président, M. Brouardel.) — N° 136. M. de Souza Leite (J.-D.) : De l'acromégalie. — Maladie de Marie. (Président, M. Charcot.) — N° 137. M. Calamy (Louis) : Du traitement de la cataracte diabétique. (Président, M. Duplay.) — N° 138. M. Auvergniet (L.-A.) : De la mono-arthrite blennorrhagique chez la femme. (Président, M. Laboulbène.) — N° 139. M. Boyer (Antoine) : Contribution à l'étude de l'oblitération du col utérin chez la femme en couches. (Président, M. Laboulbène.) — N° 140. M. de Micar (Alphonse) : Contribution à l'étude de l'influence du sulfate de quinine sur l'utérus gravide. (Président, M. Tarnier.)

Du 14 au 18. — Pas de thèses.

Mercredi 19. — N° 141. M. Duchesne (C.) : Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. (Président, M. Guyon.) — N° 142. Mme Lowenthal : Contribution à l'étude du rétrécissement mitral pur et de l'influence réciproque du rétrécissement mitral et de la grossesse. (Président, M. Potain.) — N° 143 (*). M. Maurin (Emile) : Essai sur l'appendicité et la péritonite appendiculaire. (Président, M. Potain.) — N° 144 (*). M. Lyot (Constant) : Traitement du prolapsus du rectum. (Président, M. Trélat.) — N° 145. M. Jarre (Vincent) : De quelques complications suppuratives de la grippe. (Président, M. Straus.)

Jeudi 20. — N° 146. M. Lassime (C.-E. Paul) : Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par l'air. (Président, M. Brouardel.) — N° 147. M. Lowenthal (W.) : Méthodes dans les sciences médicales (analyse et synthèse). Essai d'une étude historico-philosophique. (Président, M. Mathias Duval.) — N° 148. M. Carmichael (H.) : Essai sur l'éléphantiasis des Arabes. (Président, M. Benjamin Ball.) — N° 149. M. Busson (Maurice) : Du cancer de l'ampoule de Vater. (Président, M. Cornil.) — N° 150 M. Morrin (Edouard) : Des nodules osseux sous-cutanés. (Président, M. Duplay.) — N° 151. M. Gourmaud (Paul) : Contribution à l'étude du traitement du varicocèle. (Président, M. S. Duplay.) —

N° 152 (*). M. Mouls (Clément) : Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. (Président, M. Panas.) — N° 153. M. Chevrier (Henri) : Contribution à l'étude du traitement des fistules recto-vaginales. (Président, M. Panas.) — N° 154. M. Rodier (Henri) : De l'emploi des injections de cocaïne dans les extractions dentaires (Président, M. Proust.) (*A suivre.*)

COURRIER

Les élèves et amis du regretté professeur Damaschino ont décidé de lui élever un buste destiné à être placé dans la salle des Actes de la Faculté de médecine.

Le comité de souscription est composé ainsi qu'il suit : MM. Henri Roger, ancien président de l'Académie de médecine, président; les professeurs Charcot et Brouardel; Gouguenheim, médecin de Lariboisière; Bardoux, sénateur; Francis Charmes, député; Pauly, conservateur-adjoint de la Bibliothèque nationale, membre fondateur de la Société des anciens élèves du lycée Henri IV.

Les souscriptions sont reçues chez les secrétaires du comité : MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain, et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

Faculté de médecine de Paris. — M. Hallopeau, licencié ès sciences, préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé préparateur du cours de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Brouin, appelé à d'autres fonctions.

M. Glaize (Stéphanie-Marie-Joseph), interne des hôpitaux, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hallopeau, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Chrétien, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie interne.

M. Brossard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique médicale.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 21 avril 1890, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et adoption du procès verbal de la séance précédente. — 2. Communication de MM. les docteurs Gilbert, Ballet et Vibert. Rapport médico-légal sur un persécuté homicide. — 3. M. Gilles de la Tourette : Les ecchymoses spontanées chez les hystériques, leur interprétation par l'état mental. — 4. Rapport médico-légal sur une affaire d'empoisonnement présumé par la liqueur de Fowler. Envoi de M. Leprime, membre correspondant à Bourges.

Chef-lieu d'arrondissement à deux heures de Paris, clientèle de médecin à céder. Produit net des dernières années : 16,000 francs. Facilités. — S'adresser à M. Montillot, rue du Cherche-Midi, 109, à Paris, tous les soirs, de huit à neuf heures.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*). Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement diététique du diabète sucré (1)

Par le professeur NAUNYN.

I. — *Considérations générales.*

Le diabète sucré est une maladie chronique dont la cause réside dans beaucoup de cas dans une maladie du pancréas. Minkowski et Von Mering l'ont établi avec certitude : l'extirpation de la glande pancréatique provoque régulièrement le diabète grave. Dans d'autres cas, on admet comme cause une maladie du cerveau, et on a recueilli, en effet, depuis longtemps des observations de diabète sucré coexistant avec des affections cérébrales. C'est surtout, du reste, le diabète qui succède à la piqûre du quatrième ventricule (expérience de Claude Bernard) qui a servi de base pour cette théorie. A mon avis, un diabète sucré vrai n'a jamais été réalisé expérimentalement avant Minkowski et Von Mering.

Les prétendus diabètes succédant à l'action du curare ou de l'oxyde de carbone, ceux qui se produisent à la suite de l'expérience de Claude Bernard, et même le diabète après intoxication par la phloridzine décrit par Von Mering, ne sont, comme les autres glycosuries des physiologistes, que des phénomènes tout à fait éphémères. Ces glycosuries sont aussi peu un diabète que les albuminuries engendrées par Schreiberg par compression passagère du thorax ne sont du mal de Bright. A l'exception du diabète par phloridzine, elles sont liées à l'équilibre de l'organisme en glycogène, et jamais on n'a vu une de ces glycosuries se transformer en diabète sucré, c'est-à-dire en une maladie chronique dont le caractère constant consiste en une diminution persistante de la capacité de l'organisme à comburer et à consommer le glycose.

Cette fonction de l'organisme peut être troublée d'une façon plus ou moins accentuée; de là la distinction de diabète léger et de diabète grave. Les cas légers sont ceux où le trouble fonctionnel ne se manifeste par de la glycosurie que quand des hydrocarbures sont ingérés avec la nourriture; les cas graves sont ceux dans lesquels l'urine contient du sucre, même quand le malade ne prend pas de corps hydrocarbonés.

Il est très important de savoir si les différentes formes de diabète tiennent à une spécificité particulière ou bien si elles représentent seulement les degrés d'une même maladie. Moritz Traube a émis le premier l'opinion que la forme légère du diabète n'est qu'un stade précoce de la forme grave. D'autres auteurs (surtout Külz) ont soutenu que jamais ces formes ne se

(1) Résumé d'après les *Sammlung Klinischer Vortræge*, 349-350.

transforment l'une dans l'autre. Pour moi, la plupart des cas malins le sont d'emblée et les cas de formes légères ne passent pas habituellement à la forme grave. Cependant il est certain qu'il y a des cas où une forme légère est devenue une forme grave.

Le passage d'une forme à l'autre se fait généralemeut de la façon suivan°e : Un symptôme quelconque, dépendant ou non du diabète, porte le médecin à examiner les urines dans lesquelles on trouve du sucre. Avec un régime sévère, ce sucre disparaît complètement et en apparence définitivement. Dans ces conditions, le malade se relâche de sa diète et le sucre revient, mais ne disparaît pas aussi vite. On essaie des cures à Carlsbad, et tandis que la première fois l'urine avait été débarassée de sucre en peu de jours et qu'elle était restée ainsi quelques mois après le retour, malgré de nombreux écarts de régime, le malade rentre maintenant chez lui avec un peu de sucre qui augmente rapidement.

Les choses peuvent continuer ainsi pendant des années, si le malade fait régulièrement sa cure d'été, toujours suivie d'amélioration. Mais, à un moment donné, apparaît une complication, par exemple une inflammation gangréneuse qui porte à essayer de faire disparaître complètement le sucre de l'urine. Mais alors un régime léger ne suffit plus et le régime sévère n'est pas supporté. Si on l'essaie, il survient des phénomènes sérieux de faiblesse et des trouble digestifs; la réaction de Gerhardt devient de plus en plus nette dans l'urine, et si l'on n'écoute pas tous ces avertissements, on arrive au coma diabétique.

Quand le diabète sucré appartient à la forme grave ou qu'il cesse rapidement d'être bénin, cela dépend essentiellement des conditions extérieures du régime. Les cas les plus graves sont, d'après une observation ancienne, beaucoup plus fréquents dans les classes pauvres. Inversement, aujourd'hui du moins, un cas grave ou très grave est devenu une rareté dans les classes aisées, et le plus grand nombre des diabétiques de cette classe ont la forme lêgère. Pour expliquer cette différence, on peut admettre que, chez le diabétique des classes pauvres, le premier stade de la maladie est souvent méconnu et que la forme grave se développe très facilement, car la nourriture des ouvriers, qui consiste surtout en hydrocarbures, est très propre à augmenter la faiblesse pathologique de la combustion du sucre une fois celle-ci établie. Je ferai encore remarquer que, chez les enfants, les cas graves sont les plus fréquents et les cas légers une rareté.

Ces considérations ne doivent pas faire oublier la distinction généralement usitée des formes du diabète en forme légère et forme grave. Non seulement cette distinction est importante pour apprécier les cas dans la pratique, mais elle est aussi très naturelle d'après les différences dans leur évolution.

Dans le diabète pancréatique, la marche légère ou grave du cas peut être occasionnée par l'espèce de maladie du pancréas qui est en cause. Parmi ces maladies du pancréas, il y en aura de bénignes qui évolueront favorablement et de malignes. D'autre part, des affections bénignes peuvent devenir malignes dans la suite de leur évolution. Malheureusement nous ne savons presque rien des maladies du pancréas et la plupart des éléments nous manquent pour apprécier leur gravité.

Les dangers et les accidents qui menacent le diabétique sont de trois ordres : D'abord le trouble fonctionnel qui caractérise le diabète peut devenir dangereux par lui-même et conduire à l'épuisement. La faiblesse, l'im-

puissance, là faim et la soif excessives, l'augmentation pénible de la diurèse doivent être mis sur le compte de l'élimination exagérée du sucre.

En second lieu l'imbibition prolongée du corps par le glycose conduit au développement de maladies organiques et de troubles généraux de la nutrition, qui sont des complications connues du diabète ; à cette catégorie appartiennent la tuberculose, les inflammations aboutissant à la nécrose et à la gangrène, certaines lésions oculaires, l'asthme, l'angine de poitrine, des névralgies et douleurs névralgiformes, etc. Le coma diabétique lui-même doit être rangé dans cette catégorie d'accidents ; il est dû, comme Stadelmann et Minkowski l'ont montré, à une intoxication acide par l'acide oxybutyrique. Dans le diabète, le développement de ces acides paraît dépendre d'un trouble des échanges organiques par le sucre ; du moins ce trouble disparaît d'habitude, quand le sucre contenu dans l'urine est supprimé pendant quelque temps par la diète. Pourtant avec le coma la chose est moins simple qu'avec les complications précédentes et nous indiquerons souvent le rôle particulier qu'il joue accidentellement vis-à-vis des indications thérapeutiques.

Enfin la maladie organique généralisée, cause du diabète, peut avoir pour suites d'autres troubles fonctionnels ; tel est, par exemple, le trouble de la digestion de la graisse (les selles grasses) dans beaucoup de diabètes pancréatiques. Tels sont les symptômes cérébraux manifestes dans le diabète consécutif aux maladies cérébrales. Dans quelques-uns de ces cas, la maladie organique, cause du diabète, se développe toujours et amène la mort, bien que l'élimination du sucre elle même ait complètement disparu.

Parmi les complications du diabète, celles-là seules sont accessibles au traitement médical qui dépendent de la surimbibition du corps par le sucre. La cause organique du diabète lui-même est inaccessible au traitement direct, sauf le cas rare d'un diabète dépendant d'une maladie cérébrale syphilitique ou traumatique, et dans ces faits, il ne s'agit pas habituellement d'un diabète vrai.

Ce n'est pas seulement pour ce motif qu'il importe de débarrasser l'organisme du sucre et d'interrompre son élimination, mais encore parce que la seule manière d'influencer la marche de la maladie consiste à agir sur la fonction troublée.

Pour remplir ce but, la diète joue un rôle capital. Dans la règle, par la diète seule, on réussit à obtenir tout ce qui peut être obtenu, et un traitement du diabète sans diète rationnelle est absurde.

De l'étude du diabète sucré, il résulte donc trois points qui fixent le but du traitement diététique.

A) Dans beaucoup de cas de diabètes sucrés, le trouble fonctionnel caractéristique possède une tendance progressive.

B) Cette tendance progressive est augmentée par ce fait que les demandes trop considérables sont faites à la fonction affaiblie pathologiquement et que l'organisme est surchargé de sucre qu'il ne peut consommer.

C) Néanmoins, dans beaucoup de cas, en ménageant la fonction affaiblie (c'est-à-dire en demandant à l'organisme une combustion de sucre aussi faible que possible), non seulement on peut s'opposer à la ruine progressive de cette fonction et supprimer la tendance progressive de la maladie, mais on peut aussi obtenir un renforcement de la fonction affaiblie d'une façon le plus souvent durable, parfois seulement passagère.

Dans certains cas, la maladie progresse, bien que la fonction troublée ait

été ménagée jusqu'à l'extrême, le sucre disparaissant des urines; mais si alors le malade qui, avec une diète exclusive, était sans sucre, pratique pendant quelques semaines une diète relachée, le sucre reparaît en abondance dans l'urine et il continue à rendre du sucre d'une manière persistante, même avec le régime rigoureux d'auparavant.

Voici encore une autre observation très intéressante : un diabétique n'a pas de sucre avec une diète déterminée, il reçoit alors un supplément qui amène de la glycosurie. Quoique ce supplément lui soit continué, on voit la glycosurie diminuer de nouveau et disparaître au bout de quelques jours. Au contraire, une autre fois, chez le même malade, on peut voir la glycosurie, provoquée de la même façon à dessein, augmenter de plus en plus avec une alimentation restant constamment la même.

Troje a déjà vu le même fait et nos observations montrent que la diminution spontanée, progressive, de la glycosurie ne survient que quand cette dernière est faible. Elle augmente dans le cas contraire.

Troge interprète ces faits de la manière suivante : Lorsque, dans l'alimentation, on ne dépasse qu'un peu la capacité du diabétique de consommer du sucre, cette capacité est pour ainsi dire renforcée par l'exercice; au contraire, en demandant trop à la fonction affaiblie (ou à l'organe malade, pancréas), on ne fait qu'affaiblir bien plus celle-ci.

D'ailleurs, je n'ai vu cette forme favorable de glycosurie, c'est-à-dire cette diminution avec nourriture restant la même, que quand une diète carnée absolue avait été pratiquée auparavant.

D'après tout cela, le traitement diététique du diabète doit tendre à ménager autant que possible la fonction affaiblie pathologiquement; on doit faire comburer au diabétique aussi peu de sucre que possible, quand il est permis de ne pas lui demander plus qu'il ne peut réellement comburer. Quand cela est possible, l'urine doit être débarrassée de sucre, ou au moins n'en pas contenir d'une façon durable. On peut presque toujours y arriver; cependant, dans les cas graves, il est parfois impossible d'obtenir ce résultat ou même il ne faut pas le chercher.

Au point de vue du traitement diététique, il est nécessaire de distinguer : 1° Les formes graves et très graves; 2° les formes moyennes; 3° les formes légères.

Dans les cas graves, le but, quand il est obtenu, ne peut l'être que par un régime des plus rigoureux. Mais un tel régime est quelquefois très pénible ou même insupportable au malade qui, de temps à autre, est forcé d'y renoncer. En outre, sa mise en pratique, dans quelques-uns de ces cas, menace d'un danger sérieux (coma), et on n'en peut attendre que rarement des avantages durables.

Il y a aussi des cas de gravité moyenne où la suppression du sucre exige un traitement absolument sévère. Le profit qu'on en tire n'est souvent que passager, mais parfois aussi il est durable.

En troisième lieu, enfin, il y a des cas, les plus légers, dans lesquels on réussit facilement à maintenir l'urine sans sucre d'une façon continue. Dans ces cas, la capacité du diabétique à comburer augmente souvent peu à peu considérablement. Il s'établit alors un état de guérison relative.

La première, et la plus importante des règles thérapeutiques, est que le médecin doit fixer au diabétique sa diète, aussi bien au point de vue de la quantité que de la qualité, c'est-à-dire qu'il doit déterminer exactement

non seulement ce que le malade doit ingérer, mais encore combien il doit ingérer.

Il faut fixer soigneusement la quantité des différents aliments et celle des boissons.

Il est absolument nécessaire de fixer quantitativement la ration de viande pour deux raisons : d'abord, dans l'organisme diabétique, il se forme du sucre aux dépens de la viande, de l'albumine. Dans la glycosurie par phloridzine et dans le diabète pancréatique, les chiens éliminent, avec une nourriture carnée pure, une quantité de sucre telle que l'organisme ne peut la fournir avec son équilibre d'hydrocarbures. Il doit donc produire du sucre aux dépens de l'alimentation, c'est-à-dire aux dépens de l albumine de la viande. Cela s'applique aussi à l'homme diabétique. Dans le diabète grave, des quantités de 30 à 40 grammes de sucre par jour sont éliminées parfois pendant longtemps avec une alimentation carnée pure. Ce quantum de sucre est trop important pour provenir de la petite quantité d'hydrocarbures contenue dans la viande. Nous voyons, en outre, dans ces cas graves de diabète, que très généralement la quantité de sucre est d'autant plus grande qu'il est ingéré plus de viande et, dans les cas moins graves, que l'urine ne se débarrasse complètement de sucre qu'avec une faible ration carnée. Au contraire, si on augmente cette dernière, l'alimentation continuant à être exclusivement composée de viande, le sucre réapparaît aussitôt.

Par conséquent, la viande, l'albumine, font partie des aliments qui produisent du sucre dans l'organisme, et si l'on veut ménager la fonction à laquelle incombe la combustion du sucre, on doit prendre aussi en considération cette source de sucre qui provient de l'organisme lui-même. Il est cependant tout à fait justifié dans la diète des diabétiques de maintenir ferme la distinction entre les hydrocarbures, qui sont des aliments défendus, et la viande, qui est permise; car, quoique nous ne sachions pas encore combien sont grandes les quantités de sucre qui, dans l'organisme, proviennent de l'organisme, il est pourtant facile de montrer que souvent le diabétique est encore en état de comburer le sucre formé aux dépens de grandes quantités de viande, alors qu'il réagit déjà par de la glycosurie à l'ingestion de très petites quantités de glycose et d'amidon. La quantité de viande que des malades peuvent comburer avec du diabète vraiment grave, sans éliminer du sucre, est souvent étonnante.

La seconde considération, qui exige une fixation quantitative de la ration de viande donnée au diabétique, relève d'une éventualité accidentelle, mais est cependant très importante : si on néglige de fixer exactement le quantum de viande permis, il est encore facilement ingéré des quantités plus grandes que celles que supporte l'estomac, et il survient des troubles digestifs qui rendent impossible toute continuation du régime et affaiblissent beaucoup le malade.

Dans le traitement des diabétiques, on emploie la diète la plus absolue, la diète absolue, la diète plus facile et enfin la diète libre.

Je dois indiquer d'abord ce qu'il faut comprendre sous ces dénominations. Il faut remarquer qu'il n'y a pas de différence importante entre la diète carnée la plus absolue et la diète carnée absolue. La première représente exactement celle que Cantani a prescrite. Je l'ai ordonnée d'abord au début de ma pratique parce que je voulais me faire une opinion personnelle; puis, plus tard, je l'ai conservée pour les cas expérimentaux, sans

attribuer une grande valeur aux prescriptions rigoureuses que Cantani donne pour la préparation des aliments.

Avec cette diète, que j'appelle la plus absolue, je donnais 500 grammes de viande (pesée cuite) de toute espèce et de tous animaux, sauf le foie, mais pas trop de viande salée qui provoquent plus la soif. La préparation se faisait comme le veut Cantani avec de l'huile d'olive ou du beurre fondu, avec de l'acide acétique et de l'acide citrique au lieu de vinaigre et de citron; à la place de vin, on employait de l'alcool étendu; farine, pain et sucre et tout ce qui n'était pas nommé était absolument défendu.

La diète carnée absolue se distingue de la précédente en ce que la préparation des aliments est faite d'après les règles de la cuisine ordinaire, mais toujours en évitant complètement la farine et le sucre. Dans les deux formes de diète, le pain d'amandes est permis à volonté; naturellement aussi bien avec la diète carnée absolue qu'avec la première, on donne, dans l'intérêt du malade ou de l'expérience, souvent plus ou moins de 500 gr. de viande. Dans les diètes carnées, l'ingestion des liquides est limitée à 1 l. 5 à 2 l. 5 par jour.

On donne du bouillon, de l'eau ou de l'eau de Seltz avec addition d'alcool rectifié ou de cognac et d'acide lactique (2, 5 à 4 par jour). Il faut fixer avec quelque exactitude la quantité des boissons permises, car quand les malades obéissent trop à leur soif, l'observation du régime devient très difficile; en effet, d'après mes recherches, le diabétique qui boit abondamment rend le sentiment de la faim plus vif, et, par conséquent, plus difficile à satisfaire.

Hors de l'hôpital, la diète carnée absolue n'est pas facile et on doit alors souvent se contenter d'une diète moins stricte qui suffit souvent dans les cas légers, même alors il faut préciser avec grand soin les quantités des aliments et des boissons, des légumes, des compotes, et ne permettre que par exception plus de 500 grammes de viande par jour (pesée cuite). C'est seulement dans les cas désespérés qu'il faut permettre aux diabétiques une diète libre, c'est-à-dire qui n'est limitée ni par la quantité ni par la qualité.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE, comprenant la *géographie physique*, la *géographie politique*, la *géographie économique*, l'*ethnologie*, la *géographie historique*, la *bibliographie*, par M. VIVIEN DE SAINT-MARTIN, président honoraire de la Société de géographie de Paris, etc.; avec la participation de M. Louis ROUSSELET, membre de la Société de géographie, etc. Tome quatrième (N-Q). — Paris, 1890, librairie Hachette.

Cette grande publication est un des monuments dont les sciences, les lettres et les travailleurs sont redevables à la maison Hachette. Les dictionnaires abondent aujourd'hui dans toutes les branches des connaissances humaines, et c'est un moyen certain de propager l'instruction, de la rendre générale, en la rendant familière à tous sans de longues études. Mais s'il est une science à laquelle un bon dictionnaire vient en aide à chaque instant, c'est bien surtout la géographie. Dans la vie sociale, en effet, de nos jours, combien de fois n'éprouve-t-on pas le besoin de renseignements géographiques que l'on n'a pas toujours pu emmagasiner dans ses souvenirs, car, en général, nous ne sommes pas des géographes. Le dictionnaire de géographie, pour remplir sa mission, doit donc être entièrement au niveau des connaissances acquises, complet. Tel est le

dictionnaire de MM. Vivien de Saint-Martin et Rousselet, dont l'exécution est arrivée aux quatre cinquièmes, et qui est destiné à avoir sa place dans toutes les bibliothèques pour être consulté incessamment.

On a pu voir, en parcourant les trois premiers volumes, que tout ce qui constitue la géographie proprement dite a été l'objet d'un soin remarquable dans cette grande œuvre, et que les auteurs n'ont rien négligé pour être complets dans leurs descriptions relatives à la superficie des territoires, aux confins des diverses contrées du globe, aux chaînes des montagnes, aux vallées, aux mers, aux lacs, aux fleuves et rivières, aux villes, etc., etc. Rappelons ici qu'à ces renseignements si précis et si nécessaires, ils ont ajouté tout ce qui concerne les divisions territoriales, les forces militaires, la nature du sol, les productions naturelles, la faune et la flore de chaque pays, le climat, l'industrie, le commerce, la culture des terres et même la navigation, etc. Nous retrouvons les mêmes détails et les mêmes soins dans le quatrième volume qui vient de paraître.

Ce qui donne surtout un cachet particulier à cette belle publication et en rend la lecture aussi attrayante qu'utile, ce sont les renseignements qu'elle renferme en abondance sur l'ethnologie et l'histoire, et qui en font une encyclopédie géographique de premier ordre. Les lecteurs nombreux qui suivent les récits palpitants d'intérêt des voyages entrepris de nos jours par tant d'explorateurs audacieux sont charmés de trouver tout de suite les documents réunis antérieurement sur les pays parcourus soit au point de vue des populations, soit au point de vue du sol. On n'est pas moins charmé de pouvoir recueillir promptement les détails relatifs à la naissance, au développement, aux variations de toute nature des nations qui se mettent en évidence dans la civilisation actuelle, aussi bien que de rafraîchir, au besoin, ses souvenirs sur les peuples qui ont eu une existence plus ou moins éloignée de nous. Ce qui ajoute à la valeur de tous ces documents, c'est qu'on les a sous la main, au moment où on les désire et sur les points limités pour lesquels on les désire.

Parmi les articles suffisamment développés qu'on aimera à lire dans ce quatrième volume, nous citerons : NANTES, consacré à une ville qui est certainement une des villes les plus intéressantes de France par son origine, son histoire, ses progrès et son rang actuel ; NÉPAL, en anglais *Nipol* et *Népaul*, en sanscrit *Népâla*, royaume de l'Inde septentrionale, dans l'Himalaya central et le Téraï, entièrement indépendant de l'Angleterre, fermé jusqu'ici aux Européens, et connu seulement dans ses lignes générales; NEW-YORK, qu'on a appelé *empire state* en raison de son importance; NIGER, grand fleuve de l'Afrique occidentale, pays qui est en ce moment à l'ordre du jour; NIL, à l'ordre du jour également; NOUVELLE-CALÉDONIE, dont le nom devrait être remplacé par un nom français; NUBIE, région de l'Afrique orientale, au sud de l'Egypte; NYASSA, grand lac de l'Afrique australe autour duquel se succèdent les explorateurs; OCÉANIE, une des grandes divisions du globe; OGÔOUÉ, fleuve de l'Ouest Africain ou Congo français; PANAMA, description et renseignements d'un véritable intérêt; PARAGUAY, belle rivière de l'Amérique et pays nouveau d'un grand avenir; PARIS : tout voyageur qui vient passer un certain temps à Paris doit lire avec soin cet article, que les habitants eux mêmes de la capitale française ne liront pas sans fruit. Parmi les articles qui offrent de l'intérêt, nous voyons encore PÉROU, PERSE, PE-TCHI-LI, divers noms de l'INDO-CHINE, et surtout POLYNÉSIE, dont les malheureux habitants disparaissent à vue d'œil depuis l'arrivée des Européens, disparition dont les auteurs du Dictionnaire nous donnent des explications très admissibles ; et POPO et PORTO-NOVO, nos nouvelles colonies en Afrique ; etc., etc., etc. Il faut s'arrêter, car les articles utiles et bien rédigés se comptent ici par centaines, on peut même dire sans exagération par milliers.

Cette publication fait le plus grand honneur à ses auteurs et à la maison Hachette. Elle est bien de la nature des productions scientifiques et littéraires de notre époque, et s'adresse naturellement aux familles éclairées qui suivent avec l'avidité de l'intelligence tous les faits contemporains.

Dr G. RICHELOT père.

De quelques nouvelles médications.

Le chlorhydrate d'orthine a été *inventé* par Kobert; c'est l'acide ortho-hydrazine paraoxybenzoïque (*Deutsche medic. Woch.*, 1890, 2, p. 21). Ce corps est très instable, mais, combiné à l'acide chlorhydrique, il se conserve facilement, surtout quand il y a un excès d'acide minéral et que les solutions sont conservées à l'abri de la lumière. Cependant, quand le médicament est préparé depuis un certain temps, il devient inactif. Donné à des chiens à des doses qui ont pu atteindre sans inconvénients 1 gramme pour un animal de 12 kilogrammes, l'orthine rend l'urine extrêmement réductrice, même à froid, pour la liqueur de Fehling. Sur un chevreau non sevré, 1 gramme a provoqué l'apparition du glucose dans l'urine. Lorsque le sang contient 1/100,000 d'orthine, les vaisseaux se dilatent sans que, pour cela, le liquide sanguin présente la moindre altération. La principale action du produit serait la diminution des oxydations par suite desquelles le sucre du sang se dédouble en acide carbonique et en eau.

Unverricht (*Deutsche medic. Woch.*, 1890, 2, p. 22) a expérimenté cliniquement le nouveau corps. Le clorhydrate d'orthine a été donné à des doses allant de 0,3 à 0,5 dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire, le scorbut. Dès le début des recherches, on a reconnu que l'action était très irrégulière. Dans un cas, une dose de 5 centigr. ne produisait rien, tandis que, dans un autre, 4 décigr. amenaient un abaissement effrayant, 35°6 comme température rectale dans une fièvre typhoïde. De plus, le collapsus est suivi de frissons et d'oscillations considérables du thermomètre. Les frissons, les sueurs peuvent exister même quand il n'y a pas d'abaissement de température; l'administration du médicament par la bouche entraîne des nausées, des vomissements, de la pesanteur épigastrique, des selles diarrhéiques. Les accidents du côté de l'estomac ne sont pas entièrement supprimés quand on donne l'orthine par le rectum; l'apyrexie ne s'accompagne pas de bien-être.

D'après Vierordt, le pouls se ralentit en même temps que la température s'abaisse.

Comme analgésiant dans le rhumatisme articulaire, la sciatique, le médicament soulage fort peu.

Dans le psoriasis, on l'a essayé en pommade à 10 p. 100; il s'est montré inférieur à la chrysarobine.

Il nous semble qu'en voilà assez pour pouvoir conclure avec Unverricht que le nouveau médicament est très inférieur à ses analogues.

Attendons-nous cependant à le voir bientôt apparaître en France comme spécialité nouvelle.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement de l'ectopie testiculaire. — La cholécystentérostomie. Corps étranger de la vessie. — Accidents locaux causés par la cocaïne.

M. Monod présente un jeune garçon auquel il a pratiqué l'orchidopexie il y a trois semaines; le testicule reste bien maintenu au fond des bourses.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce point que les difficultés que l'on rencontre à abaisser la glande tiennent à la présence d'un trousseau fibreux résistant qui est situé en dehors de la vaginale et du crémaster. Il faut le détruire complètement si l'on veut réussir l'opération et l'on échoue si l'on se contente de moyens insuffisants. On a dit que souvent l'orchidopexie était inutile, puisque le testicule ne pouvait plus fournir de spermatozoïdes. Cela est vrai, mais, même dans ce cas, il n'est pas indiqué de faire toujours l'ablation de la glande. Il faut, au contraire, chercher à la faire descendre, car, une fois revenue à sa place, elle est probablement encore utile pour favoriser l'accroissement

de l'individu. Chez un enfant que M. Lucas-Championnière a opéré dans ces conditions, le développement général s'est fait très rapidement. Enfin, au point de vue moral, beaucoup de malades éprouvent de la répugnance à se faire enlever un testicule, même quand on leur dit qu'il est inutile.

Les douleurs sont une bonne indication de l'opération, car elle les fait disparaître.

Le canal vagino-péritonéal peut manquer, cela est vrai, mais, d'autres fois, il passe facilement inaperçu ; aussi il faut le rechercher avec grand soin.

Il est impossible de faire la suture du cordon quand l'opération a été complète, car alors tous les tissus sont sectionnés, y compris le cordon lui-même, excepté le canal déférent.

Chez l'opéré de M. Monod, il est probable que le testicule remontera, et il a déjà de la tendance à le faire.

Enfin, l'orchidopexie permet de faire la cure radicale des hernies qui peuvent survenir ou existent déjà.

M. Jalaguier a pratiqué la fixation du testicule et la cure radicale de la hernie congénitale chez deux enfants âgés l'un de 10, l'autre de 14 ans. La fixation des testicules s'est bien maintenue, mais la glande du côté opéré est très petite, dure, et n'offre pas la sensibilité spéciale habituelle. La cure de la hernie a été parfaite.

M. Jalaguier regarde l'orchidopexie comme utile, et conseille de ne pas négliger de fixer le cordon.

— M. Tillaux communique l'observation d'un malade qu'il a opéré de *cholécystentérostomie*, et dont il a parlé dans la dernière séance.

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans, qui présentait depuis vingt mois de l'ictère sans coliques hépatiques. Trois mois avant l'entrée à l'hôpital, des douleurs étaient apparues dans l'hypochondre droit. Au moment de l'entrée, les douleurs étaient constantes et très violentes depuis une vingtaine de jours.

En faisant le premier examen, on constate un ictère verdâtre. Les urines sont très foncées et les selles argileuses. Dans la région de l'hypochondre droit existe une tumeur arrondie, douloureuse à la pression, grosse comme la tête d'un enfant. On reconnaît qu'il s'agit là de la vésicule biliaire, et on diagnostique une obstruction du canal cholédoque avec distension de la vésicule.

L'opération est pratiquée par MM. Chaput et Tillaux. L'abdomen est ouvert, la vésicule ponctionnée, puis attirée au dehors, son ouverture est alors agrandie. On ne trouve pas de calcul, mais on constate la présence d'un liquide blanchâtre. Comme on ne sait si le canal cystique est perméable, on attire au dehors une anse d'intestin qui est fixée à la paroi abdominale et à la vésicule, mais on n'établit pas la communication.

Cette première intervention fut suivie de la cessation des douleurs, d'une amélioration de l'état général et un écoulement de bile qui survint après quarante-huit heures prouve que le canal cystique était perméable. Au bout de quelques jours M. Tillaux, pensant que les adhérences devaient être assez solides entre l'intestin et la vésicule, établit la communication en agissant comme le faisait Dupuytren pour détruire l'éperon de l'anus contre nature, c'est-à-dire qu'il comprit entre les mors d'une pince qu'il serra une portion de l'intestin et de la vésicule. L'anastomose s'établit le septième jour. Enfin M. Tillaux termina, quelques jours après, en fermant l'intestin, la vésicule et la paroi.

Le malade se rétablit d'abord, mais succomba ensuite aux progrès de la cachexie causée par le cancer de la tête du pancréas.

M. Tillaux insista sur ce fait que son malade présenta plusieurs hémorrhagies abondantes.

M. Le Dentu rappelle qu'il a montré un calcul extrait de la vésicule biliaire d'une femme et complète l'histoire de son opérée qui avait aussi un rein mobile. Après l'opération, la malade, qui était hystérique, eut des spasmes du cholédoque qui, après avoir empêché pendant quelques jours le passage de la bile dans l'intestin, cessèrent par l'usage du bromure de potassum. Maintenant M. Le Dentu se propose de faire la néphropexie.

Quand il a fait la cholécystentérostomie, M. Terrier ne s'est pas préoccupé de savoir si le canal cystique était perméable ou non; la distension de la vésicule par la bile prouvait, pour lui, cette perméabilité. Chez ces malades, qui sont généralement affaiblis, il vaut mieux opérer en une seule fois quand on le peut.

Il faut pratiquer la fistule aussi haut que possible, sur le duodénum, quoi qu'en ait dit M. Dastre, afin de permettre le mélange de la bile et du suc pancréatique. La fistule doit être très peu large pour que les matières intestinales ne puissent pas entrer dans la vésicule. La malade de M. Terrier a été soulagée des phénomènes d'obstruction qu'elle présentait et a succombé aux progrès de la cachexie.

L'opération en un seul temps permet d'éviter la production de la sorte d'anus artificiel que M. Tillaux a eu à traiter et est beaucoup plus brillante.

M. Tillaux admet aussi qu'il vaut mieux opérer en un seul temps, mais il ne pense pas qu'il pouvait le faire chez sa malade.

Quand on trouve dans la vésicule un liquide décoloré et blanchâtre, on ne peut affirmer que le canal cystique est libre. Il vaut mieux alors faire d'abord une sorte d'opération d'attente. La fistule que M. Tillaux a faite ne permettait pas le reflux des matières intestinales.

— M. Pamard (d'Avignon) rapporte l'observation d'une femme de 34 ans qui, lorsqu'il a eu à la traiter, avait depuis un an un crayon dans la vessie. Six mois après son introduction étaient survenues de l'incontinence d'urine et des douleurs. A l'examen on vit qu'il y avait dans le vagin un corps étranger allongé, blanchâtre qui refoulait l'hymen intact. C'était un calcul phosphatique qui encroûtait le crayon dans une étendue de 6 centimètres. Il y avait une large perte de substance de la paroi vésico-vaginale. De plus, il s'était établi une communication avec l'intestin dans lequel le crayon avait pénétré par un de ses bouts.

M. Pamard fit l'obturation de la vessie en disséquant un lambeau autour de l'orifice vaginal, en le repoussant dans le vagin et en suturant les surfaces cruentées. Le lendemain de l'opération, la malade fut atteinte d'influenza et mourut de pneumonie au bout de six jours. On trouva à l'autopsie une tuberculose pulmonaire et de plus on constata que de la partie postérieure de la vessie partait un canal qui occupait une bride celluleuse et allait jusqu'à une anse d'intestin grêle. Il cheminait entre la séreuse et la musculeuse de ce réservoir et présentait là un orifice établissant la communication avec la cavité. Le trajet se continuait dans une bride allant de l'intestin grêle au cœcum et se terminait en cul-de-sac.

— M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) rapporte deux observations d'*accidents locaux* survenus à la suite d'*injection de cocaïne.* Dans un cas où il s'agissait d'hypospadias les surfaces avivées n'adhéraient pas et les points suturés étaient désorganisés. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un phimosis ; il y eut tuméfaction du fourreau et gangrène. Peut-être y a-t-il eu formation d'un caillot dans une veine. Toutes les précautions antiseptiques avaient été prises.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat pendant le mois de mars 1890 (1).

(*N. B.*) — Les thèses précédées d'un astérique (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Vendredi 21. — N° 155 (*). M. Thiéry (Paul) : De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses locales et chez les tuberculeux (suites immédiates. Traitement pré et post-opératoire). (Président, M. Verneuil.) — N° 156. M. Giseler (Georges) : Traitement des fibro-myomes utérins par l'électricité. (Président, M. Trélat.)

Du 22 au 25. — Pas de thèses.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Mercredi 26. — N° 157. M. Vaseliri (Pellissier) : Contribution à l'étude des vergetures et principalement des vergetures arrondies (macules atrophiques). (Président, M. Trélat.) — N° 158 (*). M. Bureau (Emile) : Du traitement chirurgical des pyonéphroses. (Président, M. Guyon.) — N° 159. M. Greiwer (T.) : Contribution à l'étude du traitement de la cystite tuberculeuse. (Président, M. Guyon.) — N° 160. Mlle Krykus (Hélène) : Mortalité des enfants hérédo-syphilitiques. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 27. — N° 161. M. Delaunay (Henri) : Claudication intermittente d'origine vasculaire. (Président, M. Charcot.) — N° 162. M. Athanassis (Alex.) : Des troubles trophiques dans l'hystérie. (Président, M. Charcot.) — N° 163. M. Malaviale (Basile) : Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique. (Président, M. Peter.) — N° 164. M. Lagain (Félix) : Du traitement de la péritonite aiguë par l'opium. (Président, M. Cornil.) — N° 165. M. Legry (Théophyle) : Contribution à l'étude du foie dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Cornil.) — N° 166. M. Albot (Nicolas) : De la pseudo-angine de poitrine (hystérique) chez les cardiaques. (Président, M. Cornil.) — N° 167. M. Godard (Jules) : L'enseignement pratique de l'hygiène à la Faculté de médecine de Paris (musée, excursions; laboratoire). (Président, M. Proust.) — N° 168. M. Chailloux (François) : Contribution à l'étude de l'hémorrhagie de la macula. (Président, M. Panas.) — N° 169. M. Mascarel (Alfred) : Traitement chirurgical des végétations de la laryngite tuberculeuse. (Président, M. Panas.) — N° 170. M. Wacquez (Alphonse) : Des tumeurs végétantes de l'ovaire. (Président, M. Duplay.) — N° 171 (*). M. Laskine (E.) : Essai sur la version bipolaire. (Président, M. Tarnier.) — N° 172. M. Destarac (Joseph) : De la persistance de l'hymen dans la grossesse et de son importance au point de vue obstétrical et médico-légal. (Président, M. Tarnier.) — N° 173. M. Chaigneau (Jules) : Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels. (Président, M. G. Sée.) — N° 174. M. Sandrai (A.) : Contribution à l'étude de l'albuminurie cardiaque et de sa valeur pronostic. (Président, M. G. Sée.) — N° 175. M. Surer (Fr.) : De l'hématocèle intra-péritonéale spontanée chez la femme. (Président, M. G. Sée.)

FORMULAIRE

Looch anthelminthique

Mousse de Corse pulv.	4	grammes.
Huile d'amandes douces et gomme pulv.	ââ 15	—
Hydrolat de fleurs d'oranger / Hydrolat de tilleul	ââ 50	—
Sirop de limons	10	—
Sirop de gomme	20	—

F. s. a. une potion à donner en 3 à 4 doses, ou bien par cuillerées, aux petits enfants, pour les débarrasser des vers lombrics. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1890 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 16 juin).

2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 16 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; — à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 3 juin 1890 inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin consigneront jusqu'au 17 juin 1890 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Voyage du Président de la République dans le Midi.* — M. Rolland, président de l'Association des étudiants, est nommé officier d'Académie.

— La *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie* (de Berlin) vient de nommer M. le professeur Ollier (de Lyon) membre correspondant honoraire.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 25 avril, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Le mardi, leçon au lit des malades (neuf heures et demie).

Le vendredi, leçon à l'amphithéâtre (dix heures).

— M. le professeur Guyon inaugurera le cours de clinique des voies urinaires, à l'hôpital Necker, mercredi prochain, 23 avril, et il le continuera les lundis, mercredis et samedis suivants, à neuf heures et demie.

— M. Duplay, professeur de clinique chirurgicale, fera sa leçon d'ouverture le mardi, 22 avril 1890, à neuf heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker.

Lundi, exercices cliniques; mardi, leçon clinique; mercredi, exercices cliniques; jeudi, opérations; vendredi, gynécologie; samedi, leçon clinique et opération.

RÉORGANISATION DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le Conseil municipal a ouvert, il y a quelque temps, un concours avec primes, pour les meilleurs projets de réorganisation des bureaux de bienfaisance. Il a été déposé 46 mémoires.

Le jury de ce concours se compose de : MM. Strauss, Pétrot, Faillot, Dubois, Navarre et Cattiaux (élus par le Conseil municipal); Sigismond Lacroix, Lampué et Lucipia (élus par les concurrents); Peyron et Ménan (membres de droit); et de M. Millard (élu par les médecins des hôpitaux).

NÉCROLOGIE. — M. Péligot, membre de l'Institut et administrateur de la Monnaie de Paris. — M. le docteur L.-Ch. Rondanez (Nouvelle-Orléans). — M. le docteur Colin (Menton). — M. le docteur Gaudin (Bastia). — M. le docteur Madon, ancien médecin de la marine. — M. le docteur Smith, de l'Université de Dublin. — M. le docteur Michaux, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Louvain (Belgique). — M. le docteur Certerick (Anvers). — M. le docteur Soulié (de Paris). — M. le docteur Peret, médecin-major à Bayonne.

COURS A L'ECOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le docteur Bérillon, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé le lundi 21 avril, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, un cours libre de pathologie nerveuse et de psychiatrie sur les *applications cliniques de l'hypnotisme*, et le continuera les lundis et les vendredis suivants, à cinq heures.

Dans ce cours, le docteur Bérillon passera en revue les acquisitions récentes faites dans le domaine de l'hypnotisme. Il étudiera spécialement les indications et les contre-indications de l'hypnotisme et de la suggestion dans le traitement des maladies nerveuses et mentales.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Traitement diététique du diabète sucré (1)

Par le professeur NAUNYN.

II. — *Traitement des formes graves.*

Le malade se présente généralement à nous avec une exagération de la soif et de la faim, et une diurèse abondante. La quantité d'urine s'élève de cinq à douze litres par jour, son poids spécifique est de 1,030 à 1,050 et elle renferme de 4 à 12 p. 100 de sucre. L'amaigrissement et la perte des forces sont considérables et il y a souvent des complications : phthisie pulmonaire, cataracte, gingivite, balanite, etc.

Presque toujours, quand on verse du perchlorure de fer dans l'urine, elle se colore en brun foncé épais (réaction de Gerhardt). La coloration est naturellement moins marquée quand la quantité d'urine est considérable.

Dans ces formes, l'urine ne cesse de contenir du sucre que dans l'état de jeûne, ou même en renferme toujours. Même après dix à quinze jours de diète carnée absolue avec internement à l'hôpital, le sucre ne disparaît pas complètement de l'urine; seulement, la quantité totale éliminée par jour s'abaisse jusqu'à 20 grammes ou même 10 grammes. Quand le jeûne fait disparaître le sucre, la diète carnée la plus absolue ne l'empêche pas de reparaître. Toute ingestion, même la plus faible, de sucre ou d'hydrocarbure, se fait sentir par une augmentation de la glycosurie. Même, dans ces cas, une petite partie du sucre ingéré est décomposée; cependant, Von Mering a publié des faits dans lesquels tout le sucre ingéré apparaissait dans l'urine.

Ces formes si graves peuvent cependant quelquefois s'améliorer. Lorsque les malades sont habitués à la diète carnée exclusive, on peut porter la ration de viande à 1,000 et même 1,500 grammes par jour sans causer de troubles digestifs. La force et le poids augmentent, et dans les cas favorables, après quelque temps, la glycosurie baisse lentement. Il y a des observations où le sucre a fini par disparaître même avec une plus faible ration de viande. C'est ainsi que Troje a publié un cas de diabète très grave dans lequel l'amélioration obtenue peu à peu fut telle qu'avec 1,000 grammes de viande et un peu de lait, le malade ne rendait pas de sucre et ne perdait pas de poids.

Malheureusement, les cas de ce genre sont fort rares. Le plus souvent, le malade ne peut conserver longtemps la diète carnée absolue, il perd de son poids et de ses forces, et les grandes rations de viande qui lui seraient

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

nécessaires pour conserver son équilibre organique provoquent bientôt des troubles digestifs. Si l'on continue le traitement diététique de la même manière, la mort survient dans le coma. La diète carnée, bien supportée et suivie de disparition du sucre, ne s'accompagne pas de production d'acide oxybutyrique, ce qui éloigne le danger du coma; dans le cas contraire, cet acide se produit en grande quantité.

Même dans les cas qui paraissent appartenir à la forme la plus grave, je recommande de commencer le traitement par la diète carnée absolue, c'est-à-dire par 500 grammes de viande, pesée cuite, par jour. Assez souvent, on voit le sucre disparaître, ce qui indique que la gravité est moindre qu'on ne le pensait d'abord.

Il est toujours bon de commencer par un essai de diète énergique, parce que, dans les premiers jours, on est sûr du bon vouloir du malade et que l'on est rapidement éclairé sur ce que l'on doit penser du cas. Cependant, il se présente, en beaucoup de circonstances, dès le début, des difficultés qui contraignent de la cesser.

Dès que l'on est sûr que la diète carnée absolue n'est pas supportée, on peut conseiller une diète plus facile : un quart de litre à un litre de lait, un peu de pain (20, 10, 100 gr.), une petite quantité de légumes; comme boissons une demi-bouteille à une bouteille de vin, un quart à un demi-litre de bière très légère. Dans ces conditions, on arrive encore parfois à maintenir la glycosurie à un taux modéré. Le malade ne doit pas éliminer plus de 100 à 150 grammes de sucre, c'est-à-dire plus de deux à trois litres d'urine avec 4 ou 5 p. 100 de sucre.

La ration de viande de 500 grammes suffit à beaucoup de malades avec les additions indiquées, lorsque leur voracité a été réfrénée pendant quelques jours. D'autres fois, on peut l'augmenter. Il faut que le malade sache toujours combien il mange et il boit. On surveille la glycosurie; quand elle devient trop abondante, on intercale une semaine de diète carnée absolue. C'est en limitant le plus possible la glycosurie, il ne faut pas l'oublier, qu'on combattra le mieux les symptômes pénibles et les complications.

Malgré tout, les cas graves ainsi traités finissent presque toujours par le coma diabétique sans que, du reste, on puisse incriminer le traitement.

III. — *Traitement des formes moyennes.*

Dans ces formes, le diabète existe déjà depuis longtemps dans la généralité des cas; il y a exagération de la soif et de la faim, amaigrissement évident. La quantité d'urine journalière atteint six litres, et même davantage; sa contenance en sucre est de 5 et même de 10 p. 100.

C'est le succès radical de la diète carnée absolue qui permet de distinguer ces cas de ceux de la forme grave. Avec cette diète, l'élimination du sucre diminue très rapidement et descend, dans l'espace de trois ou quatre jours, à 2 ou 1 p. 100. La diurèse retombe à la normale, bien que le poids spécifique reste encore élevé entre 1,025 et 1,030. A la fin de la deuxième semaine, à partir du commencement de la diète absolue, l'urine ne contient plus de sucre, si le malade suit absolument la diète prescrite. Malheureusement, quand il n'est pas dans un établissement fermé, il se permet très souvent des transgressions qui amènent du retard dans le résultat.

Dans beaucoup de cas, la disparition du sucre de l'urine est suivie d'une amélioration notable de l'état général. Dès le début, ou après une très

faible diminution pendant les premiers jours, le poids du corps augmente, ainsi que les forces. Cependant, il arrive souvent que, dans les premiers jours du régime absolu et pendant que le sucre diminue rapidement, puis disparaît de l'urine, l'état général du malade est mauvais. Le poids diminue de 1 kilogr., 1 kilogr. 1/2, et les forces baissent encore. Si la réaction du perchlorure de fer existait déjà, elle devient notablement plus forte; si elle manquait, elle se produit souvent. Malgré cela, les malades, à un autre point de vue, se sentent presque toujours améliorés par rapport à leur état antérieur, c'est-à-dire que les souffrances qui dépendent de la surcharge de l'organisme par le sucre disparaissent : tels sont le sentiment pathologique de faim et de soif, les névralgies, le prurit, etc.

Dans beaucoup de cas, la faiblesse du malade devient inquiétante, surtout quand l'appétit disparaît et que la réaction du perchlorure de fer devient très forte. Il faut alors cesser la diète absolue.

Dans la plupart des cas, cependant, cette diète réussit et l'amélioration se prononce. Les malades se sentent d'abord mieux, plus forts. Cela arrive le plus souvent vers la fin de la première semaine, quelquefois plus tôt. A peu près à la même époque, la diminution de poids s'arrête et est remplacée par une augmentation dans la deuxième semaine. Cette augmentation continue avec la même diète (500 gr. de viande par jour) pendant plusieurs semaines, et atteint environ 1/2 kilog. par semaine, si bien que, deux ou trois semaines après le commencement de la cure, les malades ont atteint leur poids normal. Dans les cas favorables, l'augmentation continue encore de telle sorte qu'il finit par y avoir un gain de 5 kilog. et meme d'avantage. Naturellement, dans ces cas favorables, on voit toujours l'augmentation de poids survenir beaucoup plus vite quand on augmente la ration de viande ou qu'on ajoute du lait, ou des œufs, ou même du pain. Cette action favorable sur le poids du corps se montre, bien que cette alimentation mixte amène une glycosurie faible (depuis des traces de sucre, jusqu'à 1 et 2 p. 100).

Même quand la réaction du perchlorure de fer augmente ou apparaît, il ne faut pas interrompre la cure, s'il n'y a pas de phénomènes inquiétants. Dans les cas favorables, la réaction devient plus faible au bout de deux à quatre jours et elle disparaît bientôt tout à fait. Si, au contraire, elle devient plus forte, il ne faut pas continuer la diète absolue, car alors le coma menace.

L'atténuation de tous les phénomènes, qui se produit d'habitude à la fin de la première semaine ou au commencement de la deuxième, caractérise les formes moyennes. Cependant, même dans les cas en apparence les plus favorables, il arrive qu'il se produit assez rapidement des troubles digestifs, de la diarrhée et que les malades maigrissent. Alors, tandis qu'au début du traitement le sucre ne se montrait qu'accidentellement (le plus souvent à l'occasion d'un trouble digestif), à la fin l'urine reste continuellement sucrée, même avec la diète la plus absolue.

D'autres cas présentent, au contraire, une évolution très favorable. L'état général est très satisfaisant, l'augmentation de poids est considérable, enfin le malade arrive à supporter, sans faire de sucre, des œufs, du lait et même du pain en petite quantité.

En ville, on est souvent forcé, par suite de considérations extra-médicales, d'apporter des tempéraments au traitement. A l'hôpital il vaut mieux, dans l'intérêt des malades, poursuivre un traitement diététique absolu.

Sur 17 cas de diabète de forme moyenne que j'ai traités d'après ces principes, 6 passèrent à la forme grave, malgré le traitement à la Clinique, 4 présentèrent une amélioration très considérable et pouvaient supporter de faibles quantités d'hydrocarbure sans éliminer de sucre; parmi ces derniers, une malade n'arriva à obtenir ce résultat qu'après quatre mois de diète carnée absolue, et les trois autres malades après trois à douze semaines. Chez deux d'entre eux, l'amélioration se maintint pendant des mois. Dans les autres cas, on obtint en quelques semaines la disparition du sucre, et plusieurs fois on put augmenter la ration de viande jusqu'à 600 grammes.

D'après mon expérience, je recommanderai de préférence, pour les cas de forme moyenne, la méthode suivante : d'abord diète carnée stricte, absolue; si le sucre disparaît et que le régime soit bien supporté, je maintiens le malade à la diète stricte au moins trois à quatre semaines.

Si le poids continue encore à baisser pendant la semaine, j'essaye de bonne heure de porter la ration de viande à 600 gr. Au bout de quatre à six semaines on fait un premier essai d'addition d'œufs, de lait ou de pain, ce dernier d'abord en très petite quantité. S'il ne survient alors qu'une très faible glycosurie de moins de 1 p. 100, on continue à surveiller attentivement l'urine et souvent alors on voit le sucre disparaître complètement de nouveau après quelques jours. Mais s'il survient une glycosurie considérable, on doit revenir pour huit ou dix jours à la diète absolue. Puis on fait un deuxième essai. Que le succès soit survenu à la première où à la deuxième tentative, une fois qu'il est obtenu, on va un peu plus loin avec précaution. Le point capital est de surveiller attentivement le malade jusqu'à ce que son régime soit fixé.

Dans le cas où le malade ne supporte pas le régime absolu qui serait nécessaire, il faut abandonner le traitement radical. On doit agir de même si au deuxième et troisième essai d'alimentation mixte, la glycosurie reparaît de suite pour ne pas disparaître de nouveau après quelques jours. On doit seulement alors chercher à abaisser la quantité de sucre à 30, 60 gr. par jour.

IV. — *Traitement des formes légères.*

Les cas de forme légère forment la majorité, surtout dans la clientèle. En général on se trouve en présence de malades qui n'ont pas encore maigri, souvent même qui sont obèses. Ils ont des névralgies, de l'angine de poitrine, de l'asthme, du prurit cutané, de l'eczéma, des furoncles, etc. Le médecin mis en éveil par ces manifestations découvre le diabète.

La diurèse est le plus souvent voisine de la normale, d'autres fois, elle est déjà considérablement augmentée et il y a 3,000 à 4,000 c. c. d'urine par jour. La quantité de sucre est de 2 à 3 p. 100, mais assez souvent aussi de 5 à 6, et même quelquefois il y en a davantage. Si la glycosurie est abondante, il y a augmentation de la faim et de la soif; souvent, quand on voit le malade, ces phénomènes se sont développés subitement depuis quelques jours seulement. Il y a un début aigu ou une exacerbation aiguë de la maladie qui paraissent dépendre de ce que le patient a été atteint d'une influence nuisible particulière, une violente fatigue physique, par exemple.

Le traitement de ces formes légères est très fréquemment suivi de succès. Même avec un régime modérément sévère, on réussit à entretenir le malade dans un bon état. Quand alors il reste dans l'urine de petites quantités de sucre, souvent malade et médecin y attachent peu d'importance.

Cependant le traitement incomplet est insuffisant, car, d'une part, le diabète peut alors devenir grave et, d'autre part, en étant plus sévère on réussit dans beaucoup de ces cas à obtenir une amélioration qui peut être considérée comme une guérison. Le malade peut alors vivre des années sans éliminer de sucre, bien que suivant un régime très atténué.

Il y a aussi des cas qui paraissent appartenir à la forme légère et dans lesquels, cependant, il est très difficile de débarrasser l'urine du sucre. Le malade supporte très mal le régime carné et ces faits doivent être considérés comme entrant dans les cas graves. Très souvent ces cas ont été traités longtemps avec trop de douceur.

Si la maladie est récente, il suffit de quelques jours de diète carnée absolue, limitée quant à la quantité, pour débarrasser complètement l'urine de sucre. Souvent même, la diète carnée absolue n'est pas nécessaire et on arrive au but en faisant suivre un régime plus facile. D'habitude le malade se sent bien dès les premiers jours du traitement, bien qu'il perde une ou deux livres de son poids. Cette perte ne doit pas aller plus loin, sauf quand il existe de l'obésité un peu excessive. Pour prévenir une diminution de poids plus considérable et tenir compte, en même temps, des désirs du malade, on peut ajouter bientôt un peu de pain ou des légumes permis. Si le sucre reparaît, on doit alors revenir à la diète absolue, pour arriver, quand l'urine ne présente plus de sucre, à augmenter avec beaucoup de précautions la quantité de viande à ajouter à la place des œufs ou de petites quantités de lait. On devient de moins en moins sévère quand la glycosurie ne reparaît pas. Toute la restriction consiste bientôt dans la suppression des pommes de terre et des raves, des aliments farineux et du sucre, il faut toujours faire un usage très restreint de pain et de bière. On doit s'attacher avec grand soin à empêcher les excès en quantité. En résumé il faut maintenir l'urine sans sucre et on peut donner tout ce qui ne compromet pas ce desideratum. Le malade doit donc toujours être surveillé.

Chez beaucoup de malades, on arrive à élever beaucoup la faculté de comburer le sucre; cependant, on ne peut guère ramener la fonction à la normale. Chez un grand nombre, la glycosurie se montre de nouveau après une pratique trop relâchée de la diète, même quand le sucre avait disparu depuis des années.

Outre la diète, c'est avec raison que, dans la thérapie du diabète, Carlsbad, Vichy et Neuenahr jouent un grand rôle. Les cures, à Carlsbad, ont quelquefois une action surprenante et les malades s'y débarrassent souvent très rapidement de leur sucre. J'ai obtenu ce résultat dans des glycosuries faibles et modérées; dans les cas très graves, l'action de la cure est moins nette. Quand on ne réussit pas à débarrasser un malade atteint d'une forme légère de son sucre, en le traitant chez lui, il faut l'envoyer à Carlsbad. Cette recommandation s'applique aussi aux diabétiques qui ne supportent pas un régime assez absolu. A Carlsbad, ils sont débarrassés du sucre avec un régime atténué qu'il est facile de leur faire tolérer.

Si le but désiré est obtenu à Carlsbad, il faut veiller avec grand soin à ce que la disparition du sucre se maintienne. Les règles diététiques doivent bientôt être observées plus sévèrement que pendant la cure minérale, car il y a rapidement une certaine diminution dans la faculté de comburer le sucre. En un mot, les cures de Carlsbad facilitent beaucoup le traitement diététique dans beaucoup de cas; dans certaines conditions, elles seules le

rendent possible; enfin, elles ne modifient rien aux principes qui doivent régler la diète habituellement.

Je veux terminer en vous disant un mot sur l'emploi de l'opium. En général, il est préconisé par les médecins comme un moyen qui facilite la pratique d'un régime sévère en diminuant l'appétit. Bien que ce dernier fait soit exact, je n'oserais recommander chaudement l'emploi de l'opium.

Je n'ai jamais vu aucun des autres moyens dirigés contre le diabète donner un résultat réel. J'ai essayé, à l'occasion, l'arsenic, l'acide phénique, le salicylate de soude, mais il m'est impossible de conseiller leur usage. Toutefois, si on emploie énergiquement ces médicaments, on voit souvent la quantité de sucre baisser; mais, même dans ces cas, on est bientôt obligé de cesser ce traitement médicamenteux par suite d'accidents d'empoisonnement comme on en a observé avec le salicylate de soude.

BIBLIOTHÈQUE

Droit médical ou code des médecins, par MM. A. Léchopié et Ch. Floquet. Paris, O. Doin, 1890.

Cet ouvrage a pour but, comme le dit le professeur Brouardel dans sa préface, d'exposer ce que sont l'enseignement et la pratique de la médecine.

La première partie débute par un chapitre consacré à l'enseignement. Les auteurs exposent ensuite les droits et les devoirs des médecins et donnent, en peu de mots, des solutions nettes et précises sur les difficultés avec lesquelles les hommes de l'art sont appelés à se trouver aux prises. Citons, au hasard, les chapitres relatifs à la patente, aux déclarations et vérifications des naissances et décès, à la responsabilité, aux certificats, etc. MM. Lechopié et Floquet, ils le déclarent eux-mêmes, ont évité, dans la plupart des cas, d'exprimer une opinion personnelle, préférant faire connaître, pour chaque question, la jurisprudence qui résulte des arrêts des cours et tribunaux.

Dans la seconde partie se trouvent les textes, annotés, des lois, ordonnances, décrets, etc., relatifs à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, de la chirurgie, de la pharmacie et de l'art vétérinaire, aux Facultés, Écoles de pharmacie, etc., etc. Il faudrait tout énumérer, car le praticien trouvera là les textes qui lui permettront de résoudre immédiatement les difficultés en présence desquelles il se trouve dans le cours de sa pratique.

Nous ne pouvons mieux faire que de terminer en citant ces paroles des auteurs qui sont pleinement justifiées : « Telle est l'œuvre essentiellement nouvelle, pratique et utile, formant un ensemble complet que la collaboration de l'avocat et du médecin pouvait seule donner au monde médical et que nous lui présentons sous le titre, pleinement justifié, on vient de le voir, de : *Code des médecins ou droit médical.* » — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire intitulé : *Recherches sur les microbes de l'eau de Vichy*, par M. le docteur Poncet (de Cluny);

2° Une note sur les résultats produits par l'inoculation du vaccin de génisse fourni par l'Académie, par M. le docteur Fricaud (de Sémur-en-Brionnais).

3° Une lettre de M. Heckel, professeur à l'Ecole de Marseille, au sujet des expériences accomplies sur la noix de kola.

C'est une réponse aux observations faites par M. Colin au sujet de l'usage de cette substance dans une précédente séance.

La théobromine et la caféine en sont les principaux agents actifs.

M. Heckel administre les rations de kola dans le but de diminuer la sensation de fatigue. La caféine ne serait pas le seul principe actif de cette substance, car le café et la kola auraient alors la même action, ce qui n'est pas exact.

Les expériences de M. Heckel sont antérieures à celles de M. G. Sée et il revendique la priorité. Les Allemands, mis en éveil par les expériences faites dans nos régiments, ont acheté plus de trente tonnes de kola.

La lettre de M. Heckel a un triple but :

1° Entretenir l'Académie des vertus de la noix de kola;

2° Répondre aux paroles de M. G. Sée;

3° Attirer l'attention sur les qualités stratégiques de la substance qui fait l'objet de ces diverses communications.

M. G. Sée relève certains points de la lettre de M. Heckel. Tout ce qui est contenu de bon dans la noix de kola, c'est la caféine. M. Heckel a d'abord cru qu'il n'y avait que de la caféine et de la théobromine, il a ensuite reconnu l'existence du rouge de kola, mais ne l'a pas expérimenté, ne l'a pas isolé à l'état de principe pur. M. Heckel reproche d'avoir dévoilé les recherches, ce qui pourrait nuire en cas de guerre. Mais les achats de noix de Kola sont indifférents, car la caféine est seule utile. La kola, en réalité, masque pour ainsi dire la caféine. Qu'est-ce que le rouge de kola? Il fallait l'expérimenter comparativement à la caféine.

— M. Glénard fait une importante communication sur *l'état du foie dans le diabète.*

Il a exploré le foie par la palpation ordinaire et par le procédé du pouce.

Ce procédé consiste à rapprocher le plus possible le bord du foie de la paroi abdominale antérieure par une pression simultanée de la région lombaire droite qu'on soulève avec les quatre derniers doigts de la main gauche, et du flanc droit que l'on comprime de bas en haut avec la main droite; puis à placer, en tâtonnant, la pulpe du pouce gauche, qui est libre, profondément en arrière et au-dessous de la ligne où l'on soupçonne la présence du foie. Si, alors, on fait exécuter au malade une profonde inspiration, le bord du foie peut s'abaisser en avant du pouce, et il n'y a qu'à ramener en même temps la pulpe de ce doigt d'arrière en avant et de bas en haut, pour faire sauter le bord du foie et apprécier ainsi sa forme, son épaisseur, ainsi que la densité et la sensibilité du tissu hépatique. Si l'exploration par le procédé du pouce donnait des résultats aussi négatifs que l'exploration par la méthode classique, *alors seulement* on aurait le droit de dire que le foie est normal ou tout au moins ne présente pas de signes objectifs (mais il peut aussi être atrophié, ce que vérifiera la percussion).

Pratiquée d'après ces principes, l'exploration du foie chez 324 diabétiques a donné lieu aux constatations suivantes :

Dans 60 p. 100 des cas de diabète, il existe une altération objective manifeste du foie. Cette altération porte le plus souvent sur un seul lobe (68 p. 100), parfois sur deux (18 p. 100), plus rarement sur la totalité de l'organe (14 p, 100). C'est la localisation du lobe droit seul qui est la plus fréquente.

La *densité* du foie est nettement augmentée chez le tiers, et sa *sensibilité* accrue chez le quart des malades.

Chez le quart des malades (23 p. 100), le foie est en même temps induré et indolent.

De toutes les altérations objectives du foie, *c'est l'augmentatiou de volume qui est le plus fréquemment rencontrée* (34,5 p. 100).

En se basant sur l'examen comparatif de 91 foies diabétiques qui ont été chacun l'objet d'explorations successives, à des semaines ou des années d'intervalle, et en tenant compte qu'il s'agit de malades en traitement, on peut formuler les propositions suivantes :

1° *Le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant. Le lobe droit est le plus atteint.*

2° *Il n'existe pas de variété objective du foie qui soit caractéristique du diabète et le distingue à la fois de l'alcoolisme et de la lithiase biliaire.*

M. Glénard propose le terme d'*hépatisme* pour exprimer la parenté, par un trouble fonctionnel du foie, de toutes ces maladies et expliquer d'une façon plus concrète les faits connus, relatifs d'un côté à la transformation réciproque de ces maladies l'une dans l'autre par l'hérédité ou chez un même malade, de l'autre côté leur rencontre dans le domaine de l'étiologie aussi bien que dans celui de la thérapeutique.

3° *Le diabète alcoolique est fréquent et est un diabète vrai.* Du reste, l'alcoolisme est l'antécédent pathologique le plus souvent relevé dans le diabète.

Comme certaines altérations du foie existent à la fois dans le diabète éthylique et non éthylique et sont identiquement les mêmes; il est probable que c'est par l'intermédiaire du foie que le diabète se produit.

— M. Guermonprez (de Lille) présente des photographies de fractures du calcanéum par écrasement. Il y a élargissement du calcanéum, abaissement des malléoles, déviation légère du pied en valgus, disparition des saillies normales du mollet et de la saillie du tendon d'Achille. L'ostéite consécutive est inévitable.

— M. Guéniot rapporte un cas de *dystocie* curieux. La patiente avait une grossesse simple avec un grand développement de l'utérus, elle avait déjà antérieurement accouché normalement. Une fois sortie, la tête n'effectua pas sa rotation normale, les épaules étaient donc arrêtées. Des tractions effectuées sur la tête et les épaules, dégagées artificiellement et très œdématiées, déchirèrent la peau, mais n'amenèrent pas l'accouchement. L'enfant était mort dès les premiers instants. Introduite dans l'utérus, la main pouvait sentir qu'il y avait un énorme développement de l'abdomen, mais ce développement pouvait être dû à une rétention d'urine, de l'ascite, une affection des reins, etc., etc. Une ponction de l'abdomen n'évacua que 60 grammes de liquide et les difficultés pour l'accouchement restaient égales. Il ne restait plus qu'à faire l'éviscération, qui fut pratiquée à l'aide de grands ciseaux. On put arracher des fragments kystiques, démontrant que l'on se trouvait en présence de tumeurs rénales. L'extraction du fœtus fut terminée heureusement ainsi que la délivrance, et la malade se rétablit. Les deux reins, très affectés, avaient à peu près les dimensions suivantes : 13 centimètres de long, 9 de large, 4 d'épaisseur. Ces deux tumeurs accolées rendirent l'accouchement absolument impossible.

Les grands ciseaux utérins sont très utiles quand il y a lieu de faire l'éviscération.

— M. Guéniot présente une deuxième pièce. C'est un fœtus anencéphale avec des brides amniotiques multiples s'insérant sur le visage et le déformant.

Pour M. Lannelongue il s'agit d'une fente embryonnaire par arrêt de développement au niveau de laquelle les feuillets de l'amnios sont soudés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 avril 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Œdème aigu ou suraigu du poumon dans les affections de l'aorte, les cardiopathies artérielles et les néphrites interstitielles. — Pleurésie au stade roséolique de la syphilis. — Tremblement hystérique chez un homme. — Automatisme ambulatoire dans l'état de fascination.*

M. Huchard, en 1879, a présenté l'observation d'un malade de 52 ans, souffrant d'angine de poitrine cardio-pulmonaire, qui mourut en huit jours avec tous les symptômes de l'asphyxie, dyspnée intense allant jusqu'à l'orthopnée, cyanose, refroidissement des extrémités. Depuis huit jours, on percevait à l'auscultation une pluie de râles crépitants fins ou gros qui avaient envahi les deux poumons de la base au sommet. Par

instant, des quintes de toux amenaient une expectoration abondante, aérée, spumeuse, de coloration rosée, après laquelle la dyspnée se calmait un peu.

On pouvait, à cette époque, regarder ces signes comme liés à une congestion pulmonaire aiguë. Mais, depuis, on a publié d'autres observations, et M. Huchard a lui-même étudié plusieurs cas qui le conduisent à rattacher cet appareil symptomatique non à une congestion pulmonaire, mais à un œdème aigu ou suraigu du poumon.

Cet œnème aigu est absolument différent, par sa nature, ses symptômes et son pronostic, de l'œdème chronique de Laënnec. Il a été décrit pour la première fois par Andral, qui en a cité plusieurs cas survenus dans diverses maladies. Andral distinguait même un œdème aigu et un œdème suraigu, celui-ci pouvant tuer le malade en quelques heures, en quelques minutes, comme s'il s'agissait alors d'une véritable apoplexie séreuse.

Dans les maladies de l'aorte et du cœur, on peut voir survenir cet œdème aigu qui les termine alors rapidement, et cette terminaison est plus fréquente qu'on ne pense. M. Huchard l'a observée plusieurs fois. M. Bouveret (de Lyon), pendant la dernière épidémie de grippe, en a étudié deux cas. M. Delaharpe en a publié deux, lui aussi, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*.

Dans tous ces cas, la congestion pulmonaire aiguë aurait pu être accusée : cette congestion existe d'ailleurs tout d'abord ; elle est pour ainsi dire le prélude de l'œdème. Celui-ci est donc une complication grave des maladies de l'aorte et des cardiopathies artérielles. Son apparition est brusque ; il se caractérise par des accès de dyspnée intense, des signes d'asphyxie, cyanose, refroidissement des extrémités, par des râles crépitants et sous-crépitants fins très nombreux des deux côtés de la poitrine ; par une expectoration abondante, spumeuse, aérée, d'aspect mousseux, de coloration rosée, contenant une grande quantité d'albumine. On note en même temps une sonorité exagérée due à un emphysème aigu qui accompagne très souvent l'œdème aigu du poumon. La mort survient ordinairement dans un accès de dyspnée.

A l'autopsie d'un malade atteint primitivement d'une dilatation aortique et mort d'un œdème aigu consécutif, M. Huchard a trouvé les poumons volumineux, emphysémateux ; les côtes avaient laissé leur empreinte à la surface ; à la coupe, véritable inondation séreuse du parenchyme.

M. Bouveret à trouvé lui aussi tous ces caractères à l'autopsie de l'un des deux cas qu'il a publiés.

Plusieurs opinions ont été émises à propos de la pathogénie de ces accidents. Quelques auteurs, Welsch, Conheim, pensent que l'œdème aigu est dû à une fatigue subite du ventricule gauche. Pour M. Bouveret, la fluxion séreuse est liée à un trouble de l'innervation vaso-motrice dans le domaine de l'artère pulmonaire. En effet, cette complication apparaît le plus souvent dans les affections de l'aorte, et sa fréquence s'explique alors par le voisinage du plexus cardio-pulmonaire que l'affection primitive irrite. De plus, la théorie de M. Bouveret concorde avec les expériences de Ranvier, qui a établi que, dans l'œdème en général, les troubles vaso-moteurs jouent un rôle bien plus important que la stase sanguine.

On a cité des cas d'œdème aigu du poumon dans la néphrite interstitielle. M. Huchard croit que toujours il existe alors, en même temps que les lésions rénales, des lésions de l'aorte. Il attribue néanmoins, dans l'infiltration séreuse du parenchyme pulmonaire, une part assez importante aux variations brusques et excessives de la tension artérielle, qui surviennent dans le cours des cardiopathies et des affections de l'aorte et qui, à un moment, fatiguent et paralysent le cœur gauche. Alors la tension intra-aortique diminue, la tension intra-pulmonaire augmente, la transsudation séreuse se produit. En effet, on trouve tout d'abord le pouls plein, fort, serré, l'impulsion cardiaque énergique. tous ces signes coïncident avec une tension artérielle exagérée. Puis, tout à coup, une chute brusque de la tension se produit, le ventricule gauche est comme paralysé, et le malade devient asystolique. Quelquefois cette asystolie amène en quelques heures un œdème assez considérable des membres inférieurs.

Malgré la rapidité de sa production et l'intensité de ses symptômes, l'œdème pulmonaire aigu ne trouve pas la thérapeutique absolument désarmée contre lui. En Alle-

magne, on a essayé de tirer partie de l'antagonisme qui existe entre la muscarine et l'atropine. Avec la muscarine en injections sous-cutanées, on peut produire chez les animaux un œdème considérable des poumons avec dilatation des cavités cardiaques. Grossmann pensa donc que l'administration de l'atropine, substance antagoniste de la muscarine, aurait d'excellents effets dans les cas d'œdème pulmonaire.

M. Huchard a répété les expériences de Grossman et a pu se convaincre qu'il ne faut jamais confondre l'antagonisme physiologique avec l'antagonisme thérapeutique. L'atropine n'a jamais eu d'effet satisfaisant; au contraire, ce médicament entrave la diurèse alors qu'il est de première importance de l'activer.

La digitale est, elle aussi, contre-indiquée, ne serait-ce qu'à cause de son action lente et éloignée. Mais on peut employer la caféine à haute dose, les préparations de scille, l'application de ventouses, les injections de strychnine pour lutter contre la bronchoplégie qui peut devenir rapidement fatale. Enfin, dans les cas pressants, une large saignée pourra conjurer les accidents mortels.

— MM. Chantemesse et Widal : On n'a jamais, jusqu'à présent, signalé la coïncidence de la pleurésie et des lésions cutanées et muqueuses de la période roséolique de la syphilis. Au commencement de cette période, il n'est cependant pas exceptionnel, pour peu que l'infection soit intense, de voir des poussées inflammatoires du côté des séreuses articulaires avec élévation de la température. On comprend donc que, dans certains cas, des poussées analogues puissent se faire du côté de la plèvre.

Nous avons observé, à l'Hôtel-Dieu-Annexe, deux femmes chez lesquelles la pleurésie s'est justement développée pendant le stade roséolique de la syphilis. Chez ces deux femmes, l'affection paraît très nettement n'être autre chose que la localisation sur la séreuse pleurale de la maladie infectieuse. Il ne faut pas confondre cette manifestation de la syphilis secondaire avec les pleurésies de la syphilis tertiaire que M. Dieulafoy a décrites dans ces derniers temps.

Le 29 janvier dernier, une femme de 29 ans entre dans notre service pour une éruption généralisée de syphilides papuleuses, papulo-squameuses; syphilides pigmentaires à la base du cou; plaques muqueuses de la gorge. Elle se plaint aussi d'insomnie, de douleurs dans les articulations; elle a un aspect cachectique; le thermomètre marque 39°.

Vers le milieu de septembre 1889, elle avait eu une éruption de roséole syphilitique généralisée. En novembre, elle avait ressenti pendant plusieurs jours une douleur très vive sous le sein droit; en décembre, une douleur semblable sous le sein gauche.

L'auscultation révèle la présence d'un double épanchement, plus abondant à droite qu'à gauche, peu considérable néanmoins des deux côtés; c'est une lame de liquide qui occupe la partie inférieure des plèvres. La pression sur le trajet du phrénique droit est douloureuse. Les articulations aussi sont douloureuses, ce qui fait croire à une pleurésie rhumatismale.

Vers la fin de février survient une iritis; à ce moment, l'épanchement existait encore dans les deux plèvres. La température oscillait entre 38° et 39°. On institue un traitement énergique (frictions mercurielles). Peu à peu, on vit disparaître les syphilides, et, avec elles, les épanchements pleuraux. Aujourd'hui, la plèvre semble normale.

Nous possédons un deuxième exemple tout aussi caractéristique.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui entre dans notre service le 20 février 1890.

Les premiers accidents syphilitiques se sont montrés vers le milieu de janvier.

La malade a de la fièvre, elle est prostrée, ne peut parler qu'à voix basse; elle se plaint d'insomnie, de céphalalgie, de douleurs musculaires et articulaires. On constate une roséole généralisée et des plaques muqueuses dans la gorge.

Tous ces symptômes persistent jusqu'au 4 mars; la température se maintient vers 39°; la prostration est toujours très grande.

A ce moment, l'auscultation révèle des signes très nets de pleurésie sèche à la base du poumon gauche. Pas de toux; pas d'expectoration.

Un traitement énergique est prescrit (frictions mercurielles et iodure de potassium à l'intérieur). Bientôt, la température s'abaisse, les éruptions s'effacent, les signes de

pleurésie disparaissent et la malade quitte l'hôpital au commencement d'avril, parfaitement guérie.

Le premier des deux faits que nous rapportons pourrait être rattaché à toute autre chose que la syphilis. Mais pourquoi ne point accuser cette dernière affection? La syphilis secondaire frappe tous les tissus, même les parenchymes, comme le rein et le foie. Pourquoi n'atteindrait-elle pas la plèvre?

Dans ce cas, enfin, le malade ne présentait aucun signe de maladie infectieuse autre que la syphilis.

Dans le second cas, le doute n'est pas possible; la pleurésie a trop nettement suivi la marche et l'évolution des autres manifestations syphilitiques. Dans nos deux observations, enfin, le traitement a trop efficacement agi sur les plèvres malades pour que l'hésitation soit permise.

La syphilis secondaire peut donc se localiser sur les séreuses au même titre que sur les téguments muqueux et cutanés.

M. Duponchel (du Val-de-Grâce) : J'ai déjà observé, à Bordeaux, plusieurs cas de péricardite et d'endocardite au cours de la première et de la deuxième périodes de la syphilis.

— M. Duponchel présente un militaire bien constitué, vigoureux, qui est atteint de tremblement hystérique. Il est fils d'un alcoolique et d'une maniaque. Son tremblement commença dès l'âge de 6 ans. Il siège sur les membres supérieurs et inférieurs; ce sont des oscillations régulières assez étendues; il cesse pendant le repos et n'incommode pas le malade dans son service; pas de tremblement individuel des doigts, comme chez les alcooliques; zones d'hyperesthésie au niveau de la fosse iliaque droite, à la partie externe de la région lombaire; plaques d'anesthésie à la partie antérieure de l'avant-bras gauche et à la voûte palatine; sensibilité réflexe exagérée; pas de rétrécissement du champ visuel.

Un tremblement avec de tels caractères, une telle époque de début, de tels symptômes concomitants ne peut être rattaché qu'à l'hystérie.

— M. Luys présente à la Société un malade qui a fait l'objet d'une communication de M. le professeur Proust à l'Académie des sciences morales et politiques, et qui, à plusieurs reprises, a présenté des phénomènes d'automatisme ambulatoire.

Ce malade est dans ce que M. Luys appelle, après Brémond, l'état de fascination. Cet état, plus fréquent qu'on ne pense, se caractérise par les trois signes suivants : anesthésie, catalepsie, suggestionnabilité. Il est indispensable de bien le connaître, au double point de vue de la médecine mentale et de la médecine légale.

Le malade est actuellement âgé de 31 ans. En 1884, il fut frappé, sans cause apparente, d'une hémiplégie gauche (sensibilité et motricité). Il y a deux ans, M. Luys le guérit par la suggestion.

Il est à noter que, dans tous les cas analogues, on rétablit pour ainsi dire les courants nerveux dans des parties du système périphérique où ils ne passaient plus. Mais cette dérivation de l'influx nerveux, que l'on emprunte subitement aux centres, n'est pas sans s'accompagner de quelques troubles, tels que pâleur, anxiété, anhélation, etc. Chez quelques malades, ces troubles sont quelquefois très intenses.

Après avoir présenté quelques signes semblables, le malade de M. Luys guérit parfaitement de son hémiplégie.

M. Ballet pense que l'état de fascination de Brémond et Luys n'est autre chose que la catalepsie ordinaire, qui se caractérise par de l'insensibilité et la suggestionnabilité.

M. Luys : La suggestionnabilité sous toutes ses formes n'appartient pas à l'état cataleptique. M. Ballet prétend-il donner des suggestions verbales à un cataleptique? Mais le cataleptique n'entend pas; s'il entend, c'est que, par une modification de position ou toute autre manœuvre, on a pour ainsi dire ouvert la porte à la parole, et ce n'est plus alors un cataleptique vrai.

NÉCROLOGIE

Tartivel

Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres les plus estimés, le docteur Tartivel, qui a succombé subitement à la cruelle maladie qu'on appelle une angine de poitrine. Il n'avait que 61 ans.

Né à Beaumes-de-Venise (Vaucluse), Tartivel s'est fait recevoir docteur en médecine à Paris, et presque dès le début de sa carrière il participa à la rédaction de l'*Union médicale*. Au moment de sa mort regrettable, il était l'un des plus anciens collaborateurs, sinon le plus ancien de notre journal, auquel il est resté attaché pendant plus d'un quart de siècle.

En 1856, il accompagna Fleury à Bellevue, et collabora à son journal *le Progrès*. Depuis cette époque, il s'est occupé spécialement d'hydrothérapie. Pendant plus de vingt-cinq ans il a dirigé l'établissement hydrothérapique de Bellevue.

Indépendamment de ses publications dans la presse médicale, on doit à Tartivel des travaux utiles. Ainsi, c'est lui qui, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, a donné tous les articles concernant l'hydrothérapie, Bains, Douches, Hydrothérapie, etc. Sa plume, intelligente et facile, était surtout bienveillante, mais sans faiblesse. Les lecteurs de l'*Union médicale* aimaient son style agréable et correct, et appréciaient ses comptes rendus clairs et exacts. Il était un type parfait du savant de bonne compagnie; son caractère honorable et modeste se révélait dans tous ses actes aussi bien que dans ses écrits.

Nous lui adressons nos adieux sympathiques et nos vifs regrets.

Dr G. Richelot père.

COURRIER

— Les journaux viennois annoncent que l'exercice de la médecine par des femmes vient d'être autorisé pour la première fois en Autriche. C'est l'empereur lui-même qui a autorisé Mme Rosa Kesrchbaumer à ouvrir à Salzbourg une clinique pour les maladies des yeux.

Société de protection pour l'enfance abandonnée. — La Société de protection pour l'enfance abandonnée ou coupable a tenu, dimanche dernier, à la Sorbonne, son assemblée générale. Il résulte du rapport financier que les recettes se sont élevées à 240,872 francs et que les dépenses ont été de 237,203 francs. Une dame anglaise a fait en outre à la Société un don princier de 500,000 francs, ce qui a permis de créer à Nice une nouvelle maison où sont soignés une vingtaine d'enfants.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 avril 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Duroziez : Poumon dans l'insuffisance mitrale. — 2. Prophylaxie et traitement de la tuberculose (suite de la discussion). — 3. Vote sur la candidature de M. le docteur Guichard (membre correspondant).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

GRANULES ANTIMONIAUX du docteur Papillaud. — Affections cardiaques.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.— Anorexie.—Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

A peine élu, le professeur Debove a tenu à ouvrir son cours de pathologie interne à la Faculté, et à démontrer à son nombreux auditoire qu'il était digne de l'honneur que lui avait fait la Faculté. Son discours d'ouverture est une déclaration de principes et un programme d'études qui placent le jeune professeur dans les premiers rangs de ceux qui veulent chercher le progrès dans la science médicale. M. Debove s'est déclaré clinicien; mais, comme son prédécesseur Damaschino, qu'il appelle son maître et dont il a fait un si bel éloge, il veut étudier le malade avec toutes les ressources actuelles des laboratoires, et appeler au secours de l'étude des symptômes morbides la chimie, la bactériologie, le microscope, etc. Il ne faut pas confondre le clinicien avec le praticien; tous deux exercent au lit du malade, mais le premier étudie la maladie sous toutes ses faces avec tous les moyens que la science met à sa disposition; le second applique au malade ce que le premier lui a appris; le premier cherche sans cesse à accroître la somme de ses connaissances; le second, trop souvent, s'en tient aux connaissances que lui ont transmis les anciens; il est conservateur, sinon réactionnaire. « Le clinicien n'est donc ni un pur praticien, ni un esprit rétrograde, ni un homme doué de facultés spéciales; il est le mé-

FEUILLETON

CAUSERIE

Il y a quelque quinze jours — parfaitement, c'est de mon avant dernière causerie — c'est-à-dire, non... il y a trois semaines... je disais qu'il fallait un peu se méfier des diplômes médicaux américains. La *Gazette médicale de Liège*, dans une correspondance à elle adressée par M. le docteur J. Brasseur, de Carlisle (Pa), donne sur la médecine et les médecins aux Etats-Unis des renseignements pleins d'intérêt qui confirment d'ailleurs l'opinion de méfiance que j'ai émise à cet égard.

On dépense énormément d'argent aux Etats-Unis pour y établir des hôpitaux. Or, dans les hôpitaux vont les malades, sujets d'études pour les futurs médecins. Il semblerait donc que les étudiants devraient trouver là tout le nécessaire pour devenir des praticiens éclairés et habiles. Oui, mais pour cela il faudrait posséder une instruction préparatoire suffisante pour pouvoir profiter de l'enseignement clinique, puis faire un stage suffisant dans les hôpitaux pour y acquérir l'instruction médicale qu'on demande à tout praticien chez nous. Mais que tout cela est loin de compte ! Le docteur R. Lowry Sibbet, membre de l'Académie de médecine de Pensylvanie, s'exprimait ainsi devant l'Académie : « Le temps, c'est de l'argent, en Amérique; l'argent est l'objectif principal de la vie; savoir

decin qui étudie le malade en joignant la théorie à la pratique, mais en ayant soin que le fait ait toujours le premier rang et que la théorie n'occupe que le second; c'est là son caractère distinctif. »

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire le tableau de maître que nous a tracé M. Debove du médecin qui se dit clinicien et qui se fige dans cette dénomination pour excuser son ignorance ou sa paresse à s'instruire.

Quant au rôle de la théorie dans la médecine, de cette théorie que M. Debove, après Claude Bernard, conseille de reléguer au second rang, derrière les faits, il a été exposé de telle manière que son procès doit être considéré comme définitivement perdu; les théories sont nécessaires pour aider les chercheurs à développer les idées que les faits ont provoquées, mais elles n'ont qu'un caractère provisoire; elles doivent pouvoir être abandonnées pour d'autres au fur et à mesure des progrès de la science.

Si l'instruction, le talent d'exposition, l'élégance de la forme et l'esprit sont les qualités nécessaires au titulaire d'une chaire de Faculté française, nous pouvons dire que nul n'était plus digne que M. Debove d'occuper la chaire de pathologie interne que lui ont confiée ses collègues.

— M. le professeur Potain, appelé à Constantinople par des circonstances que nous n'avons point à rechercher, y a été l'objet d'une manifestation des plus flatteuses pour lui-même et pour la médecine française.

La Société impériale de médecine a tenu à profiter de la présence de notre éminent maître pour lui présenter de vive voix l'expression de son respect et de son admiration. Un banquet a été organisé à cet effet par les membres de la Société. Le président, M. le docteur Stékoulis, a porté en ces termes un toast à la santé du maître :

Messieurs,

L'empressement avec lequel vous avez accepté la proposition du bureau de la Société impériale de médecine de fêter par un banquet la présence, parmi nous, de l'illustre professeur de clinique à la Charité de Paris, m'autorise à exprimer la joie que nous ressentons tous de saluer dans notre pays M. le professeur Potain. Il ne m'appartient

---

lire, écrire, et calculer, voilà tout ce qu'il faut. » Et beaucoup de médecins n'en savent pas davantage. Et encore ! En effet, un examen d'entrée n'est pas requis par les Universités (et notez qu'il y en a deux cents, pour une population d'environ 60 millions d'habitants) ; les études classiques sont traitées généralement avec indifférence ; comme conséquence, le grade de docteur en médecine est conféré souvent à des personnes sans éducation, ignorant même les éléments de la grammaire et de l'orthographe.

Imbu de ces idées d'économie et s'inspirant du fatidique *times is money*, le jeune Américain, qui se sent la vocation médicale, n'a garde de songer seulement à dépenser quelques années d'études préparatoires. Les portes de deux cents Universités s'ouvriront sans difficulté devant lui, quelque léger que soit le bagage scientifique qu'il exhibe à l'entrée. Et d'ailleurs, à quoi bon des études préparatoires? Pour former, a-t-il entendu dire, l'esprit, pour le discipliner.

Mais quoi? toutes les études ne se valent-elles pas à ce point de vue et les études médicales n'auront-elles pas en même temps l'avantage de lui mettre rapidement entre les mains un moyen de gagner de l'argent? Presque tous les jeunes yankees raisonnent de la même façon et, en partant de ce faux principe, on n'a pas tardé à en arriver à ce point colossal et incroyable pour nous, de vouloir substituer les études professionnelles, surtout celles de la médecine, aux études classiques des belles-lettres et des langues, de vouloir remplacer l'instruction moyenne par le degré supérieur. Que peuvent bien devenir, je vous le demande, avec de pareilles idées, les études moyennes? Ceux qui les ont poursuivies ne vont généralement pas au-delà.

pas de décrire la personnalité si éminemment distinguée de notre noble hôte, car M. Potain trouve parmi nous des élèves qui ont directement profité de ses leçons, des adeptes qui suivent ses traces, des praticiens qui profitent chaque jour de ses études sur la clinique et la thérapeutique.

Je vous invite à porter un toast à M. Potain, le savant académien de Paris, le clinicien aussi célèbre que modeste, le pionnier infatigable de la science, l'illustration de l'enseignement médical clinique, l'une des gloires de la France scientifique, ce grand pays des sciences et des arts, ce foyer lumineux des connaissances humaines.

Vidons donc nos verres à la santé de M. Potain!

L'éminent professeur a remercié par quelques paroles émues et bien senties; puis, à propos d'enseignement médical clinique, il a rappelé que c'est à Constantinople même qu'est né ce genre d'enseignement, qui s'est ensuite porté d'une part à Singapour, d'autre part en Espagne, chez les Arabes, puis en Hollande, pour se fixer définitivement en France.

Cette manifestation, dont nous remercions vivement les auteurs, entre autres M. le docteur Stékoulis, et nos autres confrères amis de la France, Mavrogéni-Pacha, Zoéros-Pacha, Mahé, etc., a trouvé un accueil des plus favorables dans toute la presse de Constantinople.

— La lutte a continué à l'Académie entre les partisans de la kola et ceux de la caféine, ainsi qu'on l'a vu dans notre compte rendu de la séance.

Je n'insiste pas davantage sur l'intéressante communication de M. Franz Glénard sur l'exploration du foie dans le diabète. Mais je ferai remarquer que le mot « hépatisme », qu'il propose, a été déjà employé par M. Verneuil pour désigner l'état général créé dans l'organisme par les maladies du foie, comme « néphrisme », « cardisme » pour désigner ceux que créent les maladie des reins et du cœur. Nous renvoyons pour les détails à l'article consacré aux relations des états constitutionnels et du traumatisme dans l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, par M. Verneuil.

L.-H. P.

Ceux qui veulent aller au-delà ne songent pas à les poursuivre. On se lance d'emblée dans l'étude des sciences médicales ou du droit, au sortir de l'école primaire.

Une conséquence de cette façon de procéder est le nombre incalculable de docteurs de toutes les espèces dont est pavé le sol américain. Beaucoup de ces docteurs se contentent du titre ou occupent des professions toutes différentes, telles que maître de postes, ou commis. Ils ont ambitionné ce titre comme d'autres chez nous, au temps passé, celui de gradué. C'est là un point dont il importe de tenir compte dans les statistiques.

Les Etats-Unis sont probablement le pays où la proportion des docteurs en médecine par rapport aux profanes est la plus forte; mais le nombre de praticiens est relativement le même qu'en Europe.

Tous, vous le pensez bien, n'ont pas la même valeur. A côté de ceux qui ont une instruction insuffisante, mais enfin qui en ont une, il en est d'autres qui en sont totalement dépourvus, et qui n'ont subi ni examen d'entrée, ni examen de sortie. Ils ont simplement acheté leur diplôme, et se mettent à exercer en vertu du droit qu'ils ont d'exercer librement.

Il y a quelques années vivait à bord d'un grand paquebot d'une ligne belgo-américaine certain modeste stewart qui ne l'était pas du tout, modeste s'entend, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Américain et entreprenant, l'un ne va pas sans l'autre, notre homme rêvait d'une position meilleure et plus stable. Dame! l'Atlantique n'est pas de belle humeur tous les

THÉRAPEUTIQUE

Les aliments d'épargne ou antidéperditeurs.

Ce groupe d'aliments, bien que peu nombreux, est un de ceux dont la connaissance s'impose le plus au médecin. Qui de nous, en effet ne s'est trouvé maintes fois, dans la pratique journalière, en présence d'un de ces cas, non désespérés, mais désespérants, où l'indication de soutenir les forces de l'organisme, d'entraver son dépérissement graduel s'impose en tête de notre plan thérapeutique, et où cependant tous les reconstituants classiques, le fer, le quinquina, l'arsenic ne peuvent plus nous rendre aucun service, soit que les voies digestives trop débilitées ne puissent plus les tolérer, comme le cas est fréquent pour le quinquina, — soit que leur action stimulante, d'abord très réelle, se soit rapidement épuisée, comme il arrive si souvent pour les préparations arsenicales.

Tonifier le malade par les médications que nous venons d'indiquer n'est plus possible et cependant il faut agir au plus vite. Que faire?

Deux médications s'imposent ici : d'une part, empêcher la déchéance organique et retarder le plus possible le travail de désassimilation ; — d'autre part, introduire dans l'économie des principes directement et facilement assimilables, présentant au maximum le pouvoir nutritif. Cette dernière indication sera remplie par une alimentation bien appropriée, dans laquelle la viande crue, les aliments gras, l'huile de foie de morue en particulier, tiendront la première place. Quant à la première indication, elle est véritablement capitale, l'excès de dénutrition résultant d'un vice dans le travail biologique de la cellule vivante, qui, pour ainsi dire, brûle trop, ainsi qu'en témoigne le taux trop élevé des produits de désassimilation retrouvés dans les urines, principalement dans celui de l'urée. En pareil cas la suralimentation du malade ne donne aucun résultat ; ce n'est pas en fournissant un excès de combustible qu'on ralentira une combustion déjà trop intense. Ce qu'il faut, c'est atteindre la cellule vivante dans son mode même de nutrition, et cela, bien peu d'agents sont capables de le faire ; nous en connaissons cependant quatre qui, convenablement maniés, remplissent de la manière la plus complète cette indication capitale : ce sont la quinine, la cocaïne, la caféine et la théobromine.

Je laisse de côté la quinine, que les débilités auxquels le traitement s'adresse ne peuvent que difficilement supporter soit au point de vue digestif, soit au point de vue nerveux. Ce qu'il nous faut, c'est une médication à la fois puissante et inoffensive. C'est

---

jours, et, quand il a ses nerfs, on se surprend parfois à regretter le plancher des vaches. Le modeste stewart le regretta si bien, qu'après un grand coup de vent, il jura quand il débarquerait, de ne plus le quitter. Mais que faire? voilà le chiendent. Allons donc! Américain et entreprenant, l'un ne va pas sans l'autre, le modeste stewart ne fut pas embarrassé.

Moyennant la modique somme de 30 dollars, il se procura un diplôme de docteur en médecine, etc. C'était un grand pas de fait ; il pouvait mettre sa plaque sur un office et attendre le client, qui, partout, on le sait, a beaucoup de flair, et sait dénicher, entre mille, le praticien le plus capable à son gré.

Seulement, le diplôme ne lui avait pas infusé la science ; il courait risque de se trouver à court, et de se voir obligé, qui sait, peut-être de renvoyer le client sans l'absolution.

Une idée lumineuse traversa la cervelle du nouveau praticien. Sous les grandes lettres dorées de la plaque « Docteur » il fit graver ces simples mots en caractères italiques minuscules : Spécialiste pédicure. Enfant chéri de la fortune, l'ex-stewart exerce aujourd'hui avec le plus grand fruit ses lucratives fonctions de pédicure pour lesquelles, cela va sans dire, il trouve une réclame assourdissante dans son titre de docteur en médecine.

On en parle avec respect sur son ancien paquebot.

La suivante, ajoute le correspondant de la *Gazette médicale de Liège*, m'est racontée par un fonctionnaire de ma résidence, lequel a habité jadis le théâtre de l'histoire. C'était dans une petite ville du côté des grands lacs. Un brave homme de boucher vivait

à quoi répondent admirablement les trois médicaments que je viens de citer : la coca, le cacao et les divers végétaux toniques dont la caféine représente le principe actif (guarana, kola, maté, etc.).

L'histoire de la coca n'est plus à faire aujourd'hui. Il y a longtemps, en effet, que les sujets de l'empire des Incas faisaient de l'excellente physiologie thérapeutique sans le savoir quand ils mâchaient les feuilles du précieux arbuste, toutes les fois qu'une longue route à faire, une fatigue un peu exagérée à supporter leur faisaient craindre une trop rapide usure de leurs matériaux de résistance. Cette constatation, qui a pour elle la garantie d'une expérience séculaire, a été pleinement confirmée par les observations modernes des docteurs Gazeau (*Thèse de Paris*, 1870), Gosse (Monographie de l'*erythroxylon coca*, Bruxelles, 1862), Montegazza (*Sulle virtute igienische e medicinale della coca*), Gubler (*Commentaires thérapeutiques du Codex*, art. COCA), Bordier (*Dict. encycl. des sc. méd.*, art. COCA), et de bien d'autres.

Gazeau, qui a expérimenté sur lui-même la poudre de coca, a constaté chez lui un accroissement remarquable de la vigueur physique et morale. Montegazza assigne à la coca le rang le plus élevé dans l'échelle qu'il a dressée des stimulants généraux; Gubler, complétant avec son large esprit de généralisation la théorie des agents d'épargne telle que l'ont conçue Schultz et Backer, regarde la coca comme le premier parmi ces précieux agents thérapeutiques. Pour lui, « la coca apporte au système nerveux la force dont elle est chargée, à la manière d'un *fulminate*, avec cette différence qu'elle ne la cède que lentement et non tout d'un coup ». — « Il semble, dit de son côté Montegazza, qu'une nouvelle force s'introduise dans notre organisme et dans tous les pores, comme l'eau dans une éponge. » — Je passe à la caféine et à la théobromine, qui ne sont guère moins actives à ce point de vue spécial que la coca elle-même. Les récentes expériences du professeur Germain Sée et de M. Lapicque (*Compte rendu de l'Académie des sc.*, mars 1890) ont mis hors de doute l'action de la caféine sur le cœur et sur la fonction circulatoire en général. On sait que c'est par l'usage prolongé de la caféine que notre éminent Chevreul a dû de reculer bien au-delà du terme normal la fin de sa belle carrière.

Je n'ajouterai qu'un mot, c'est que, depuis les recherches si remarquables de M. Armand Gauthier, précédées par celles de Fischer, il est démontré que la caféine et la théobromine offrent, au point de vue chimique, les liens de parenté les plus étroits avec les matières albuminoïdes. La théobromine est une *diméthylxanthine* et la caféine une méthylthéobromine ou triméthylxanthine, placées ainsi toutes deux en quelque sorte

---

là depuis des années de sa profession, lorsqu'il s'avisa un beau matin que celle-ci n'était guère lucrative. Que voulez-vous? la concurrence est si grande et puis aujourd'hui, avec toutes leurs inventions, la machine a détrôné l'art et le boucher ne vaut pas quelques engrenages bien agencés qui, mieux que lui, manient le couteau à dépecer.

Le bœuf n'allait plus; le mouton, misère; quant au cochon, n'est-ce pas, inutile d'en parler : Cincinnati accapare tout. Notre boucher réfléchissait, mais son parti fut bientôt pris. Muni d'un diplôme acheté à quelque Université de contrebande, il exerce maintenant depuis quinze ans passés la noble profession de docteur en médecine et, probablement, surtout en chirurgie. Il y aura de mauvaises langues, en Belgique comme ici, pour avancer que notre personnage n'a guère changé de métier, ce qui explique son succès.

D'histoires de ce genre on pourrait certainement remplir plusieurs in-folios. Il est probable qu'il s'en passe encore d'analogues actuellement.

* * *

Sans doute, tous les docteurs en médecine américains n'ont pas si peu de valeur, mais les diplômes fantaisistes sont cependant nombreux. On estime que les Eclectic medical Colleges (éclectiques!) de Pensylvanie ont émis à eux seuls plus de 30,000 (trente mille!) diplômes frauduleux. Deux fois le nombre des médecins en France! Les prix variaient de 10 à 30 dollars. *Variaient* vous indique que je parle au passé. En effet, ces collèges n'existent plus, et l'un des principaux agents de ces fabriques de diplômes

à la limite du médicament et de l'aliment. La caféine se retrouve dans toutes les plantes réputées comme toniques et classées dans le groupe des aliments antidéperditeurs, le guarana, 5 à 6 p. 100 de caféine, le maté, la kola, etc.

La difficulté tirée de l'insolubilité de la caféine peut être facilement levée en adjoignant à cet alcaloïde, d'après le procédé imaginé par M. Bravais, le benzoate de soude, qui assure sa solubilité parfaite.

La théobromine est comme chacun sait, l'alcaloïde de la fève de cacao, dont la valeur alimentaire n'est mise en doute par personne. J'ajoute que si un reproche peut être adressé au cacao, c'est celui d'être indigeste lorsqu'il est absorbé en nature, par suite de la trop graude quantité de matières grasses qu'il renferme, et que les estomacs délicats ne peuvent pas toujours supporter. Il y aurait donc un avantage évident, selon moi, à prescrire la théobromine seule, ce qui n'a jamais été fait, et constituerait cependant à mon avis, une innovation thérapeutique du plus grand intérêt. Coca sous forme de *cocaïne*, caféine et théobromine, tels sont donc les trois agents antidéperditeurs les plus énergiques dont nous puissions disposer dans la médication tonique la mieux comprise, non pas celle qui se contente d'apporter à l'organisme de nouveaux matériaux alimentaires, sans se préoccuper de savoir s'il est en état de se les assimiler d'une façon durable, — mais la médication raisonnée, basée sur la physiologie, qui s'adresse d'abord à la véritable cause du mal, au vice de la nutrition.

Une difficulté reste à vaincre, c'est le choix du meilleur mode d'administration de ces substances. A ce point de vue, le vin Bravais, sous lequel l'ingénieux chimiste bien connu a eu l'heureuse idée de réunir à la fois la *cocaïne, la caféine ou guarana et la théobromine*, dans un véhicule fort agréable au goût, est certainement la préparation qui répond le mieux aux desiderata que j'ai exprimés ci-dessus et celle que je recommanderai toujours en pareil cas. Dr J. Rhouard.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 avril 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit : Les journaux et revues de la quinzaine ; — le compte rendu des

---

purge actuellement sa condamnation au pénitencier de Philadelphie. Mais les 30,000 diplômes n'en existent pas moins et leurs détenteurs, par une singularité extrême des singulières lois américaines, restent autorisés à empoisonner, à tuer leurs malheureux clients.

Ceux mêmes qui veulent étudier consciencieusement la médecine sont bien embarrassés. Quelle médecine vont-ils étudier? Car aux Etats-Unis il y en a pour tous les goûts et pour toutes les aptitudes. Si l'étudiant consulte le *Conspectus of the medical Colleges of America*, il trouve qu'il y a dans son pays 147 écoles de médecine régulière, 20 de médecine électrique, 24 de médecine homœopathique, 3 de physio-médecine, 7 autres plus abracadabrantes et..... 17 frauduleuses. Et parmi celles qui passent pour sérieuses, il en trouvera qui lui donneront un diplôme après dix-huit mois d'études, d'autres après huit mois, et même moins.

Il est cependant des Universités et des Ecoles de médecine méritant réellement ce nom, dont les programmes sont complets, les études sérieuses et les diplômes dignes de confiance.

Citons : Harward-University, de Boston. — University of New-York. — University of Pennsylvania, à Philadelphie. — Medico-chirurgical College, à Philadelphie. — Jefferson University. Encore est-il que l'Harward-University, une des rares, sinon l'unique, qui exige un examen d'entrée élémentaire, accorde le diplôme de docteur après trois années d'études seulement. Les jeunes gens sérieux ont compris eux-mêmes toute la défectuosité de cette organisation, et tous, après avoir conquis leurs grades, s'empressent d'en-

travaux de la Société centrale de médecine du département du Nord, par le docteur Hoquet, président sortant.

— M. Reliquet offre un exemplaire de sa brochure intitulée : *Antisepsie des voies urinaires avant les doctrines microbiennes.* (Extr. de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique.*)

— M. Perrin lit un rapport favorable sur la candidature de M. le docteur Guichard au titre de membre correspondant.

Ses conclusions sont adoptées; le vote aura lieu dans la prochaine séance.

— L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose.

M. Desnos : En parlant de la prophylaxie et du traitement de la tuberculose, je me limiterai à la tuberculose des organes génito-urinaires. La question de la prophylaxie est intimement liée à celle de l'étiologie; à ce point de vue, la tuberculose peut être héréditaire ou acquise. L'hérédité, autrefois admise sans conteste, est aujourd'hui mise en doute par beaucoup de personnes; depuis les découvertes du bacille de Koch, on ne peut guère accepter une hérédité vraie, c'est-à-dire un élément bacillaire pénétrant l'embryon dès la conception, y séjournant pendant des mois et des années sans pulluler, puis évoluant dans une circonstance déterminée; tout au plus, pourrait-on admettre une transmission de la mère au fœtus pendant la vie intra-utérine. On s'est alors appuyé sur les recherches de Landouzy et Martin, qui ont injecté dans le péritoine de cobayes du sperme d'individus tuberculeux, mais dont les testicules étaient sains, et qui ont obtenu des inoculations positives. Enfin, Babès, Cartjani ont constaté l'existence de petits grains accolés aux bacilles de Koch et qui seraient, d'après ces auteurs, des spores qui donneraient plus tard naissance au bacille. Tout cela est à démontrer. On a également invoqué les cas de syphilis héréditaire, de vaccine donnant une immunité très prolongée, sans manifestations extérieures. Mais les conditions d'évolution des parasites de ces deux dernières infections, peu ou non connues, ne semblent pas pouvoir être comparées à celles du bacille tuberculeux. On invoque surtout, à l'actif de l'hérédité, une prédisposition particulière qui se transmettrait de génération en génération et d'après laquelle les individus se laisseraient plus facilement infecter. Pour ma part, j'ai fait les relevés de mes observations et j'ai constaté que l'absence complète d'antécédents héréditaires est plus fréquente que leur existence bien établie.

---

trer en qualité d'internes dans quelque grand hôpital, où ils continuent leurs études pendant plusieurs années.

Le peu de valeur de certains diplômes américains a jeté la défaveur sur les diplômes de l'ancien monde. Pendant longtemps, les médecins étrangers, munis de diplômes européens, n'ont été obligés pour être autorisés à pratiquer, que de faire signer leur diplôme par le doyen d'une Université quelconque et ensuite de le faire contresigner par le maire de leur résidence. Maintenant, il y a une restriction à cette règle par trop facile. Les Universités dignes de ce nom, et, disons-le à l'honneur du pays, il en est de nombreuses, pour obvier aux inconvénients et abus signalés au cours de cet article, ont pris la résolution de ne plus signer aucun diplôme, même français ou allemand, sans avoir au préalable fait subir au porteur un examen sommaire sur les principales branches des sciences médicales. Ainsi agit notamment l'University of Pensylvania, de Philadelphie. Il est plus que probable que sous peu de temps cet exemple sera suivi par tous ces établissements d'instruction.

Cette conduite des Universités américaines n'est pas pour nous déplaire. Assez et trop longtemps on a eu en France, pour beaucoup de médecins étrangers, trop de libéralité au point de vue de l'exercice de la médecine. Au moment où le Parlement s'occupe de la réglementation de cet exercice, il est utile d'attirer son attention sur les mesures qu'on prend aux Etats-Unis contre les abus des diplômes, et de l'inviter à en prendre d'analogues pour sauvegarder à la fois les intérêts de nos confrères français, lésés par la concurrence étrangère, et la vanité de nos compatriotes. Simplissime.

La tuberculose *acquise* ne peut guère être contestée aujourd'hui; elle est *indirecte* ou *directe* en ce qui concerne les voies génito-urinaires. Elle est indirecte quand l'élément virulent a pénétré par une voie quelconque dans l'économie, le tube digestif, le poumon, la peau, a été entraîné par le torrent circulatoire et s'est secondairement localisé dans la prostate ou la vessie. La riche vascularisation de ces organes, les dilatations veineuses, les anastomoses qui les entourent sont des conditions anatomiques favorables et, d'autre part, la fréquence des congestions auxquelles ces organes sont soumis facilite la rétention des parasites. Je signalerai aussi une autre voie démontrée par Durand-Fardel et qui, pour Cayla, serait la porte d'entrée ordinaire de la tuberculose urinaire : c'est le rein; les faits cliniques ne permettent pas d'admettre une aussi grande fréquence.

Enfin, la tuberculose s'introduirait directement dans les voies génito-urinaires, par contagion, pendant le coït. Cette théorie, proposée par Cohnheim-Verneuil, a été défendue par Fernet et son interne Derville. Les faits avancés par ces deux derniers surtout sont des plus probants, et, dans quelques observations, non seulement les investigations bactériologiques chez les deux individus, faites à plusieurs reprises, ont permis de suivre l'évolution de la maladie chez les deux sujets, et en particulier chez celui qui a été contaminé par l'autre; mais il existe un ensemble de circonstances qui emportent la conviction. Si de tels faits ne peuvent être repoussés, il n'en est pas moins vrai qu'ils restent exceptionnels et que les exemples contradictoires abondent.

Les causes de la tuberculose génito-urinaire paraissent donc multiples. Jusqu'à nouvel ordre, il est impossible de méconnaître et de ne pas admettre, au moins comme une hypothèse, les prédispositions héréditaires pour certains cas déterminés. Mais il faut aussi un élément venu du dehors; l'invasion indirecte, médiate, par l'intermédiaire d'autres organes, me paraît être la plus fréquente; mais les faits de Derville prouvent que la contagion directe est possible.

Les mesures prophylactiques découlent de ces données, et on devra tenir compte des antécédents héréditaires, directs et multiples; cette question n'est pas spéciale à la tuberculose génito-urinaire. Chez un individu atteint ou menacé de tuberculose d'autres organes, on devra éviter les circonstances qui favorisent la congestion des voies urinaires.

Dans cet ordre d'idées, il est une affection sur laquelle le médecin portera toute son attention, c'est la blennorrhagie; on devra mettre tout en œuvre pour éviter qu'elle ne se prolonge, imposer au malade une hygiène exceptionnelle, car on voit combien souvent les uréthrites chroniques blennorrhagiques se transforment en inflammations tuberculeuses. Quant à la contagion, les faits démontrés, si rares qu'ils soient, sont de nature à les faire considérer comme un grand danger, et toutes les fois qu'on aura constaté des lésions tuberculeuses dans les organes génitaux de l'homme ou de la femme, ou mieux encore des bacilles dans leurs sécrétions, les rapprochements sexuels seront interdits.

Quant au traitement, on peut tout d'abord opposer l'efficacité du traitement général à l'inutilité et parfois au danger du traitement local. On devra, comme dans toute tuberculose, relever les forces du malade, le placer dans de bonnes conditions hygiéniques, de milieu et d'alimentation, éviter les fatigues exagérées; de plus, ici, on évitera les fatigues locales, les excès de coït en particulier; il va sans dire que s'il existe une cause d'irritation locale, un rétrécissement de l'urèthre, par exemple, celui-c devra être traité au plus tôt. Comme médicament, l'arsenic, l'iodoforme à l'intérieur sont utiles, mais la créosote donne de meilleurs résultats, à condition toutefois qu'elle soit employée à haute dose; on doit tâcher d'atteindre 50 à 60 centigrammes par jour; plusieurs de nos malades qui ont dépassé 1 gramme ont obtenu de très notables améliorations. J'ai eu quelques beaux résultats après un traitement hydro-minéral, aux eaux des Pyrénées, et, dans d'autres cas, à La Bourboule.

Le traitement local amène tantôt une guérison, apparente tout au moins, tantôt une aggravation. Ici on peut poser en principe que, toutes les fois qu'il est possible de détruire toute la lésion tuberculeuse, lorsqu'elle est bien limitée, par exemple, la guérison s'ensuit, et que les récidives sur place sont plus rares. Lorsque, au contraire, les

productions tuberculeuses sont diffuses et qu'on ne peut être certain de les atteindre toutes, les manœuvres chirurgicales, faites dans une zone rapprochée, déterminent dans les productions non atteintes une irritation qui en favorise le développement. Je prendrai, pour exemple, les injections d'éther iodoformé que j'ai faites dans les abcès de testicules tuberculeux; toutes les fois que le foyer était volumineux, relativement isolé, la guérison, immédiate du moins, a été obtenue; tandis que, dans les cas de petits abcès entourés de masses indurées, j'ai remarqué à bref délai une accélération dans la marche de ces dernières lésions.

Ces considérations autorisant, dans des cas bien déterminés, à traiter la cure radicale de la tuberculose vésicale, en pratiquant la taille hypogastrique, il existe des cas où les tubercules sont exclusivement cantonnés dans le trigone vésical et où la prostate ne participe pas à l'infection, ou n'y participe que dans une faible mesure. On doit, dans ces cas, agir, car un succès est possible; lorsqu'au contraire divers organes de l'appareil génito-urinaire sont atteints, on peut encore pratiquer la taille hypogastrique contre la cystite, mais comme un palliatif destiné à faire cesser les douleurs et non en visant la cure radicale.

M. Reliquet : Nous sommes devant une théorie microbienne qui est absolue, dont les conséquences découlent avec une netteté, une logique telles qu'il suffit d'entendre à peine les prémisses pour voir la conclusion.

Cependant, il y a un élément qui vient troubler ce raisonnement si clair, si limpide contre lequel je ne m'élève pas : c'est le terrain, c'est la nature du sujet. C'est la réceptivité du sujet qui, elle, varie à l'infini et qui, heureusement pour l'humanité, n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire en lisant les travaux actuels, surtout les travaux de laboratoire, sur la tuberculose.

Pour la tuberculose des voies urinaires, on a cité un assez grand nombre de faits de contamination tuberculeuse locale de la femme par le sperme chargé de bacilles. Les faits de M. Fernet sont probants. Mais j'observe des sujets, et cela depuis assez longtemps, dont le sperme contient au moins autant de bacilles que de spermatozoïdes. Leurs femmes n'ont jamais rien éprouvé. Evidemment, leurs tissus ne sont pas aptes à la nutrition des bacilles.

Les causes qui déterminent la localisation de la tuberculose, spécialement et primitivement sur les voies urinaires ou génitales, nous échappent. A peine peut-on invoquer comme causes occasionnelles déterminantes l'existence d'une blennorrhagie chronique superficielle ou glandulaire. En somme, les moyens préventifs protecteurs de la tuberculose des voies génito-urinaires sont les mêmes que ceux qui peuvent agir contre la maladie en général. Une fois déclarée, notre action contre la maladie varie beaucoup avec la localisation des tubercules.

Le rêve pour le chirurgien, c'est une tuberculose bien localisée, bien délimitée, etc., qu'il peut enlever complètement en détruisant une zone plus ou moins grande des tissus périphériques, ou en modifiant d'une façon absolue le milieu tuberculeux et les parois de ce milieu au moyen d'un antiseptique puissant; par exemple, le sublimé, qui, comme tout bon antiseptique, agit en rendant aseptique le milieu ou la masse infectieuse, et en modifiant les parois et les tissus entourant la masse infectieuse de façon à l'isoler complètement de l'organisme général du sujet, en faisant qu'il n'y ait plus d'absorption possible. C'est pour cela qu'on a proposé les opérations chirurgicales les plus hardies, et on a bien fait de les tenter. On nous a permis ainsi de lire quelques faits de guérison de cystites tuberculeuses d'une durée plus ou moins grande; on ne nous a pas toujours dit combien de fois l'opération n'a pas été suivie de cessation des manifestations de la tuberculose.

Il y a là une point d'une extrême difficulté et qui expose aux mécomptes les plus nets. Il est extrêmement difficile de diagnostiquer la limite exacte d'une tuberculose localisée dans les voies urinaires. Si, par exemple, tout se borne à des ulcérations de la face muqueuse de la vessie pouvant être modifiées, ou si l'ulcération n'envahit pas toute la paroi, et si les ganglions lymphatiques périphériques ne sont pas plus ou moins envahis, ce que je dis pour la vessie est applicable aux reins, à la prostate, etc.

Dans le cas de tubercules du testicule, on peut quelquefois espérer un diagnostic plus précis de la localisation. Et cependant j'ai vu bien souvent des récidives dans les voies génitales supérieures ou dans les voies urinaires après la castration faite pour enlever un testicule tuberculeux.

Dans la tuberculose des voies urinaires, il y a une cause d'aggravation qu'il ne faut jamais oublier, c'est la présence de l'urine en contact avec les lésions organiques. De là les troubles fonctionnels les plus douloureux et les plus graves. Il m'est arrivé plusieurs fois, pour faire cesser les douleurs atroces et continues de la miction, d'établir par la taille périnéale une fistule vésicale, afin que l'urine sorte sans jamais s'accumuler dans a vessie. Ainsi, le repos fonctionnel et organique de la vessie permettait au malade de terminer sa vie sans trop souffrir; mais ce n'est là qu'une opération ultime qui crée une infirmité moindre que celle qui existait. Mais il m'est arrivé souvent, par des moyens médicaux et par une intervention chirurgicale bénigne, telles que des injections de lavage avec l'eau boriquée ou autres dans la vessie, d'obtenir de très bons résultats.

Il y a près de dix ans, j'ai soigné, avec notre collègue M. Perrin, un jeune homme de 15 à 16 ans atteint de tuberculose de la prostate, ayant l'écoulement, les douleurs de miction et tout le cortège symptomatique. Chez lui, la créosote sous forme de rhum (7 grammes de créosote pour 500 grammes de rhum) pris pendant longtemps à la dose d'une cuillère à bouche dans un verre d'eau matin et soir en mangeant, ou avec le lait; le régime lacté absolu pour avoir des urines toujours abondantes et peu chargées en principes solides, et une saison chaque été, pendant au moins quatre années de suite, à Cauterets, où il usait, en bains et en boissons, des eaux les moins sulfurées, des eaux dites dégénérées, avant d'arriver aux eaux sulfurées, ont permis à ce jeune homme de se développer, de faire son volontariat et de devenir, comme le dit M. Perrin, un industriel des plus actifs.

Je tiens à vous parler d'un autre fait de tuberculose des voies urinaires, en raison de particularités intéressantes et précises à propos du régime.

J'ai vu une jeune fille il y a six ans pour la première fois. Elle a le rein gauche très volumineux, sans bosselure, mobile, douloureux à la moindre pression. Elle urine à chaque instant avec douleur vive et ne rend que 20 à 40 centimètres d'un liquide louche très purulent. Après le mouvement, la marche ou le chaos de la voiture, l'excitation pour uriner devient plus grande et il y a du sang surtout après l'urine.

Je mets de suite cette malade au régime lacté, au rhum créosoté, et j'emploie les moyens calmants locaux sous forme d'enveloppement périphérique du ventre et des reins par dessus un liniment. Chez cette malade, il y avait de l'insuffisance rénale; elle n'avait que 10 grammes d'urée par vingt-quatre heures, quoique l'urine fut de 12 à 1,500 grammes pour vingt-quatre heures.

Sous l'influence du régime lacté, il y a la décharge de l'urée et la miction devient moins douloureuse. En faisant les lavages de la vessie avec l'eau boriquée à 40 p. 1,000 et à la température de 37°, je reconnais que la douleur produite par l'injection précède la contraction de la vessie. J'en profite pour dilater la vessie en injectant de l'eau boriquée dans la vessie, très doucement, malgré la douleur, jusqu'à ce que la vessie soit tendue par contraction. C'est là un fait pratique que j'ai décrit, en 1878, dans le premier fascicule de mes leçons sur les affections des voies urinaires, et notre collègue, M. de Beauvais, se rappelle certainement sa malade chez qui j'ai dilaté la vessie par ce procédé.

Cette jeune fille, très améliorée, retourne en province. Là, elle est reprise de ses douleurs de miction. On me dit qu'on a cessé le régime lacté et que la famille ne pouvait pas admettre qu'elle puisse vivre sans viande.

Il y a eu là une lutte qui a durée plus de quatre ans. Tous les trois mois, au plus, on donnait à la malade une nourriture azotée, et, chaque fois, les accidents douloureux de la miction reparaissaient avec altération des urines. La malade, intelligente, a fini par signifier à son père qu'elle ne mangerait de la viande que lorsque je le lui permettrais. Actuellement elle va bien du côté des voies urinaires.

Le fait que je tiens à bien faire ressortir ici, c'est que, chez ces malades, il est absolument nécessaire d'avoir des urines abondantes, aussi peu chargées que possible en sel

ou acide urique, pour qu'elles n'irritent pas les parois des voies urinaires. C'est là une indication qui s'applique, du reste, à presque toutes les affections des parois des voies urinaires. Mais, chez les tuberculeux, on est forcément disposé à donner les aliments azotés riches. Dans le cas de tuberculose des voies urinaires, ils provoquent souvent une augmentation des douleurs.

A propos de la créosote, j'ai observé que, donnée avec de l'huile, un corps gras comme véhicule, elles n'agit pas aussi bien sur les voies génito-urinaires. Quant à la dose, il faut aller progressivement, en commençant par une cuiller à café matin et soir, dans un verre d'eau, en mangeant. On peut aller jusqu'à une cuiller à bouche matin et soir, ou deux le matin et une le soir; mais, il y a une règle, il ne faut jamais troubler la digestion, et j'ai remarqué que la dose élevée n'est pas nécessaire. Ce qu'il faut, c'est que les malades prennent la créosote pendant longtemps à petites doses, qu'il y ait augmentation de l'appétit. Si après un mois ou six semaines il y a augmentation de poids du sujet, le pronostic est favorable.

De temps en temps on essaye de faire manger de la viande : d'abord des viandes blanches, puis les autres; mais en surveillant attentivement la quantité d'urine, sa composition et les excitations pour uriner. Il y a évidemment indication contre la tuberculose en général d'arriver le plus vite possible au régime azoté fortifiant. Mais, ici, il est certainement nuisible quand il provoque l'insuffisance rénale et l'excitation vésico-uréthrale.

Dans les cas de localisation de la tuberculose dans les vésicules séminales, ce qui peut coïncider avec la présence de lésions tuberculeuses dans les autres points des voies séminales et aussi dans les voies urinaires, il y un fait spécial qui peut paraître étrange, qui existe et trouble beaucoup la tranquilité de ces malheureux : les muqueuses des vésicules séminales sécrètent abondamment et ces cavités se remplissent vite. De là des excitations génésiques, des érectations qui ne sont calmées que lorsque les vésicules séminales sont vidées. Cette plénitude des vésicules séminales agit toujours en augmentant l'excitation vésico-uréthrale, de là un état plus douloureux et plus grave des malades.

J'ai déjà parlé d'un malade que je soigne toujours et qui a, dans son sperme, au moins autant de bacilles que de spermatozoïdes. Chez lui l'éjaculation, faite normalement lorsque les excitations génésiques non provoquées se produisent, donne toujours un soulagement notable, du côté des érections qui cessent et des envies d'uriner qui deviennent moins fréquentes. Chez lui il y a eu, pendant quelque temps, de la douleur au moment de la sortie du sperme; mais cela n'a pas duré.

Chez d'autres malades, la douleur, au moment de l'éjaculation, est constante, et ils arrivent à ne pas pouvoir évacuer le contenu de leurs vésicules séminales. De là un état douloureux génito-urinaire qui ne fait que s'aggraver. Ils arrivent à avoir de véritables coliques spermatiques, telles que je vous les ai décrites il y a déjà quelques années. Il y a excitation génitale douloureuse, et, en même temps, excitation vésico-uréthrale, envies fréquentes d'uriner, mictions douloureuses, etc.

Tout cela constitue un état général fort pénible qui va jusqu'à empêcher le moindre repos.

Lorsque par la compression, avec le doigt, on peut vider les vésicules séminales et les cavités glandulaires de la prostate, on provoque un soulagement immédiat qui peut durer quelques jours, tant que les voies génitales ne se sont pas remplies.

M. Abadie : Il serait bon de s'entendre une fois pour toutes sur cette question d'hérédité qu'on fait intervenir à chaque instant dans la question de la tuberculose. Quand une maladie est d'origine infectieuse, microbienne, parasitaire, comme la tuberculose, l'hérédité, dans le sens rigoureux du mot, n'est pas compréhensible; on ne peut concevoir qu'une prédisposition héréditaire, ce qui est loin d'être la même chose.

Pour que la tuberculose fût réellement héréditaire, il faudrait qu'après la conception et au moment de la naissance l'enfant contaminé portât déjà en lui l'agent infectieux qui plus tard désorganisera ses poumons. Or, cette forme clinique de la tuberculose n'est encore démontrée ni par l'observation ni par les expériences de laboratoire. En

réalité, dans la phthisie vulgaire que nous avons en vue, ce n'est pas ainsi que les choses se passent. C'est d'ordinaire à l'adolescence ou à l'âge adulte que le bacille tuberculeux qui n'était pas contenu dans l'organisme s'y introduit et, trouvant un terrain favorable à son évolution, s'y établit et détermine des désordres. Le facteur principal dans le développement de la maladie est donc l'introduction du bacille. Or, celle-ci n'est pas fatale, inéluctable, on conçoit qu'elle puisse faire défaut et, alors, quelle que soit la prédisposition de l'individu, il ne deviendra pas tuberculeux.

Il n'en est pas de même, par exemple, pour la syphilis; il existe réellement une forme de syphilis héréditaire. L'infection du sujet a lieu pendant la conception, les manifestations n'éclatent que plus tard, mais elles devaient forcément éclater, parce que l'organisme était dès l'origine infecté par l'agent virulent.

Tout ce qu'a dit M. Desnos concernant la thérapeutique de la tuberculose génito-urinaire vient à l'appui de ce que j'ai soutenu sur la tuberculose pulmonaire. Je vois que les plus brillants succès sont dus à une intervention chirurgicale ou à un traitement local ayant porté sur les régions envahies, qu'il s'agisse des testicules ou même de la vessie. Il y a lieu d'espérer qu'en appliquant les mêmes procédés, on obtiendra les mêmes résultats pour la tuberculose pulmonaire.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Le Conseil municipal, sur la proposition de M. Faillet, a voté une allocation de « 2,500 francs à M. Quinquaud « afin, a dit le rapporteur, d'encourager le développe- « ment de son intéressant laboratoire d'études sur la guérison radicale et prompte de « la teigne, et aussi pour qu'il puisse être adjoint au docteur Quinquaud un aide qui « sera payé à raison de 1,500 francs par an. »

MM. Jacques et Brousse ont appuyé la proposition en invoquant l'organisation parfaite du laboratoire dont il s'agit et les services qu'il rend.

Hôpital du Midi et hôpital de Lourcine. — MM. les docteurs Mauriac, du Castel, Humbert, Balzer, de Beurmann et Pozzi, médecins et chirurgiens de ces deux hôpitaux, reprendront leurs conférences cliniques le mercredi 30 avril, à neuf heures et demie du matin.

La première conférence aura lieu à l'hôpital du Midi, la seconde à l'hôpital de Lourcine et les autres alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Jean-Baptiste-Antonin Martin, médecin-major de 1re classe en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, dans sa 64e année.

Société médico-pratique. — Séance du 28 avril. — *Ordre du jour* : M. Groussin : Polypes des fosses nasales; ablation; perte presque complète de l'odorat. — 2. M. Huchard : Observation de pseudo-méningite hystérique. — 3. M. Cadet de Gassicourt : Quelques mots sur le traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — 4. M. Dauchez : Note sur quatre cas d'érythèmes vaccinaux.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

PEPTONATE DE FER ROBIN, 10 à 20 gouttes par repas. (Chloro-anémie).

Phthisie. — *Consomption.* — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction
Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

M. le professeur Guyon a inauguré, le 23 avril 1890, son cours de clinique des maladies des voies urinaires, à l'hôpital Necker, en présence de MM. Brouardel, Gavarret, Peyron, et d'un brillant concours d'anciens élèves.

L'enseignement de l'éminent clinicien est trop connu pour que nous insistions sur les qualités qui attirent autour de lui tant d'étudiants ou de confrères avides de s'instruire. Nous ne reproduirons pas toutes les bonnes choses qu'il a dites, dans cette première leçon, sur le diagnostic, sur les diverses méthodes d'analyse clinique, sur l'intervention chirurgicale, etc. Mais, au moment de la création d'une nouvelle chaire spéciale, un passage entre tous mérite de nous arrêter, c'est celui qui montre comment M. Guyon comprend son rôle de « spécialiste ».

Il y a longtemps que je retiens votre attention, et je n'ai pas encore parlé Spécialité. Vous vous en étonnez peut-être, mais j'aurais mauvaise grâce à m'excuser. Je l'ai fait à dessein, désireux que j'étais d'établir avant tout que nous voulons penser et agir en chirurgien. La spécialité ne saurait en effet être admise si elle entraînait l'idée d'une étude exclusive ou abstraite d'un point de notre science. Les gens du monde peuvent rêver de je ne sais quel fractionnement qui aboutirait à l'exercice isolé de chacune des parties de notre art. Sans nous préoccuper de semblables tendances qui n'ont à coup sûr rien de scientifique, il faut reconnaître l'utilité de l'étude approfondie de certaines parties de la médecine ou de la chirurgie. On l'a toujours compris et le mouvement moderne ne peut qu'accentuer cette manière de voir.

En nous adonnant à des recherches circonscrites, notre première, notre principale préoccupation doit être de respecter l'unité de notre science. Pour ne pas s'exposer à séparer la partie de l'ensemble, il faut avant tout ne pas s'éloigner prématurément des études générales, ne pas aborder la pratique sans avoir pris l'habitude des conceptions et des idées directrices qui régissent la chirurgie dans ses applications.

Si vous consacrez alors votre savoir à la culture de l'une des branches de notre belle science, vous lui rendrez les services qu'elle mérite. Vous vous conformerez aux conditions créées par l'heureuse extension de nos connaissances, l'habitude de se renseigner sur tout ce qui se fait autour et en dehors de soi, l'activité intense que développe l'émulation scientifique et c'est à bon droit que plusieurs d'entre vous limiteront leurs recherches pour servir plus efficacement le progrès.

Il est d'ailleurs bien rare que le chirurgien le plus encyclopédiste n'aie pas son sujet de prédilection. La science en a tiré de tels profits, cela a si bien servi à l'instruction de tous, qu'il serait inutile de citer des exemples, si je ne tenais à prononcer aujourd'hui le nom de Velpeau. Personne, peut-être, mieux que mon vénéré et très aimé maître, n'a prouvé qu'il n'est aucun point de la chirurgie que ne puisse traiter avec supériorité une grande intelligence servie par un opiniâtre labeur. Mais son œuvre capitale, celle qui survivra, quels que soient les progrès accomplis, est, de l'avis de tous, le Traité des

maladies du sein. Dans ce livre magistral, ce n'est pas seulement l'histoire pathologique d'une région fort limitée qui se présente à nos méditations. La question de la nature des néoplasmes, les grandes lois qui régissent leur diagnostic s'y trouvent formulées. Velpeau, selon l'expression de Broca, comprit la nécessité de débrouiller le chaos des tumeurs. Il y arriva par les seules ressources de la clinique. Comment pareil monument scientifique aurait-il été élevé s'il n'avait eu pour artisan un chirurgien accompli !

Quelle que soit notre part, quelles que soient les limites que nous nous imposions, nous travaillons à une seule et même œuvre, nous devons tous obéir à la loi nécessaire de la généralisation. Là se trouve le levain qui fait germer, qui permet de fructifier ; de là jaillit la lumière qui éclaire les particularités que des recherches spéciales livrent à une analyse minutieuse.

Nous devons nous associer, au nom du corps médical et des élèves qui auront à tirer profit d'un enseignement déjà éprouvé, aux sentiments de gratitude que le professeur formulait dès le début de son discours, et qu'il renouvelle dans sa péroraison.

La création de la chaire des maladies des voies urinaires a d'ailleurs substitué à la bonne volonté d'un homme, la puissance de la Faculté. C'est là votre meilleure garantie. Elle nous donne dans le présent la force qui nous faisait défaut ; elle assure l'avenir.

L'enseignement que j'inaugure vous est définitivement acquis.

Remercions encore une fois tous ceux auxquels vous le devez.

Hôpital Saint-Antoine.

Les types cliniques du cancer de l'estomac (1).

Causeries cliniques par le docteur Tapret, recueillies par le docteur G. Budor.

Vous comprenez, Messieurs, que ce nouvel accident, venant s'ajouter à ceux qui existaient déjà, ne pouvait manquer d'amener une déchéance rapide.

En très peu de temps, nous avons vu l'amaigrissement s'accentuer d'une façon véritablement effrayante. Réduit à un état quasi squelettique, la peau sèche, ridée, écailleuse, colorée de la teinte spéciale aux affections de mauvaise nature, le malheureux malade réalisait d'une façon saisissante le tableau de cet effondrement de l'organisme où l'intelligence survit seule, et qui est l'aboutissant obligé de toute production maligne.

Et nous n'avions pas eu besoin d'attendre jusque-là pour constater au niveau du creux épigastrique une rénitence, bientôt une tumeur véritable, bosselée, dure, douloureuse, qui indiquait l'envahissement de la paroi antérieure sur une assez grande étendue.

Tout désormais plaidait donc pour le néoplasme. Si la cachexie nous décelait la nature du mal, la tumeur épigastrique venait confirmer l'idée de localisation stomacale que nous avait suggérée depuis longtemps déjà la présence des troubles fonctionnels.

Notre malade ayant en effet succombé très rapidement, à l'autopsie, comme il était facile de le prévoir, nous trouvâmes un cancer du pylore empiétant dans une certaine étendue sur la paroi antérieure de l'organe.

Dépassant un peu la moyenne, puisque six mois et trois ans sont les termes, tout relatifs du reste, assignés par Brinton, Lebert, Valleix, Gen-

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 avril 1890.

drin, comme limites ordinaires au cancer gastrique, la maladie, à partir du début appréciable, avait duré un peu plus de deux ans, et cela seul devait nous porter à admettre l'existence d'un squirrhe, le plus fréquent, dit Lancereaux, mais à coup sûr le plus paresseux dans ses allures, de tous les néoplasmes de l'estomac.

Et en effet, cet organe incisé, nous trouvâmes le pylore en partie fermé par un anneau fibreux laissant encore à l'orifice des dimensions assez considérables pour permettre d'y introduire le bout du doigt. Fallait-il s'étonner qu'une occlusion aussi peu prononcée eût entraîné de pareils troubles du côté de l'organe malade? Messieurs, ce désaccord entre le degré de sténose et les perturbations fonctionnelles est commun à la plupart des rétrécissements pathologiques, qu'ils siègent à l'urèthre, à l'œsophage, au niveau de l'estomac ou sur le trajet de l'intestin.

La masse fibreuse qui occupait le pylore blanchâtre, dure, résistant au scalpel comme le tissu scléreux, présentait une surface de section luisante, nacrée, à peu près dépourvue de suc cancéreux. C'étaient bien là tous les caractères du squirrhe; le microscope, d'ailleurs, nous en a donné la démonstration en nous mettant sous les yeux un stroma conjonctif abondant disposé en travées épaisses laissant entre elles d'étroites mailles remplies de cellules plus ou moins atrophiées, toutes pourvues d'un gros noyau et rangées en séries tubulées qui rappellent l'épithélium glandulaire.

Il était, de plus, facile de constater sur les coupes la rareté des capillaires sanguins, d'autant plus manifeste que, la tumeur étant ancienne déjà, un certain nombre d'entre eux, comme l'ont montré Cornil et Ranvier, avaient dû s'oblitérer par prolifération des noyaux de leur tunique propre. Et cette pauvreté de l'élément vasculaire, jointe à l'absence d'ulcération, nous expliquait que les hématémèses présentées par notre malade n'eussent été ni très fréquentes ni très abondantes, puisqu'elles reconnaissaient pour unique origine la congestion de la muqueuse.

Je vous ai dit déjà que sur la partie de la face antérieure immédiatement contiguë au pylore, existait une plaque de même nature que la tumeur principale, de dimensions un peu supérieures à celles d'une pièce de cinq francs, légèrement tomenteuse, d'ailleurs à peine saillante au-dessus des tissus voisins.

Dans le reste de son étendue, la muqueuse, débarrassée de la bouillie noirâtre qui la recouvrait, se montrait hyperhémiée, ardoisée, parsemée d'ecchymoses, lésions du catarrhe chronique, et présentait dans une assez grande étendue, au voisinage de la tumeur, un certain degré d'épaississement et d'induration, véritable sclérose d'où partaient quelques tractus qui sillonnaient en divers sens la paroi interne de l'estomac, et dont je ne fais que vous signaler l'existence, car j'aurai occasion d'y revenir tout à l'heure.

Voilà donc un cas des plus nets, tel qu'on n'en pourrait souhaiter de meilleur pour l'étude de la variété la plus fréquente du cancer commun, le cancer du pylore, et vous voyez que, si tout d'abord nous avons pu avoir des doutes, notre hésitation n'a pas été de longue durée, cessant du jour où sont apparus des symptômes importants déjà par eux-mêmes et plus encore par leur groupement, l'hématémèse, la déchéance organique rapide, enfin et surtout la tumeur épigastrique, signe précieux entre tous et, à coup sûr, le plus caractéristique des néoplasmes de l'estomac.

Est-ce à dire pour cela que sa présence suffira à affirmer le diagnostic? Non, Messieurs, cela pour plusieurs raisons :

Vous êtes appelés près d'un individu malade depuis longtemps, à demi ou même tout à fait cachectique, chez lequel vous sentez la région qui correspond à la paroi antérieure de l'estomac envahie par une tuméfaction sensible, dure et bosselée, très analogue à celle que portait notre n° 12 ; ne serez-vous pas tentés, en dépit même de l'absence des troubles gastriques très marqués, de vous arrêter à l'idée d'un cancer stomacal? Et cependant vous pouvez être en présence d'une lésion d'un autre organe, foie, péritoine, intestin, rate, ganglions, comme dans l'observation de Millard et Legroux, empiétant sur la région de l'estomac. Je ne dis pas qu'une erreur de ce genre soit très fréquente, mais le seul fait de la voir commise par des cliniciens de la valeur de ceux que je viens de nommer suffit à vous engager à apporter le plus grand soin à votre examen.

Ceci, Messieurs, m'amène à vous parler d'une autre difficulté de diagnostic qui est comme la contre-partie de la précédente ; vous savez que, comme la plupart, pour ne pas dire comme tous les viscères abdominaux, l'estomac est sujet à des déplacements souvent assez marqués. Supposez que dans un cas de ce genre il existe une tumeur cancéreuse ; en raison de sa situation anormale, vous pouvez l'attribuer à tout autre organe qu'à l'estomac, surtout si les accidents se présentent sous forme atténuée, ne donnant aucune note caractéristique qui vous permette de pencher pour telle affection plutôt que pour telle autre. Et ces causes d'erreur ne sont pas les seules :

Il pourra vous arriver, chez un malade qui depuis longtemps souffre d'accidents gastriques, dont l'état général laisse beaucoup à désirer, de trouver la région stomacale envahie par une induration étendue, sans limites précises, sensible à la pression.

Ne vous hâtez pas pour cela de conclure au cancer, car vous pouvez être en présence d'une de ces gastrites anciennes avec infiltration fibreuse des parois qui constituent la linite chronique de Brinton, décrite à nouveau par Hanot et Gombault sous le nom de sclérose sous-muqueuse hypertrophique.

Toutefois, la confusion, si elle est possible, est loin d'être inévitable : outre que la linite est l'exception, comparée à l'extrême fréquence du cancer et sans parler de l'ascite qui l'accompagne souvent et se montre, au contraire, exceptionnelle dans le cancer limité à l'estomac, les seuls caractères de la tumeur mal limitée, sans saillies ni bosselures, diffèrent notablement de ceux du néoplasme vrai, et l'on peut dire que, chez un malade cachectique ayant vomi du sang, la présence d'une tuméfaction saillante, à surface irrégulière, à limites nettes, si elle n'est pas pathognomonique, donne une présomption aussi grande que possible, en clinique où l'absolu n'existe pas, et fait d'un cas comme le nôtre un de ceux que tout le monde reconnaît.

Il me reste encore, Messieurs, une restriction à faire. Certains malades présentent une induration épigastrique manifeste qui vient s'ajouter à des troubles digestifs plus ou moins marqués. On croit à un cancer, et l'étonnement est grand si, revoyant le malade quelque temps après, toute trace de production anormale a disparu. Que s'est-il passé? Probablement, la tumeur perçue lors du premier examen était le résultat d'une simple contracture des muscles abdominaux qui a cessé comme elle était apparue, sans qu'on en puisse connaître la cause exacte. Je vous signale ces faits presque à titre de curiosité ; cependant Henrot (de Reims) en a pu réunir

quelques exemples. Leube, de son côté, en rapporte quatre cas. Quant au moyen de les reconnaître, le meilleur de beaucoup (il n'est malheureusement pas toujours applicable en raison de l'état de déchéance possible), c'est le chloroforme, qui fait cesser la contracture. Vous vous rappelez certainement un homme qui vint nous trouver au mois de janvier dernier, et chez lequel, en dépit d'une tumeur très appréciable, l'absence à peu près complète de troubles fonctionnels, l'intégrité de la santé générale nous avaient amenés à soupçonner une simple contracture musculaire. Nous lui fîmes respirer du chloroforme, et la résolution était à peine obtenue que la tumeur disparaissait complètement et d'une façon définitive.

En résumé, vous voyez, même en tenant compte de toutes ces difficultés, combien reste capitale l'importance de la tumeur. Elle est le seul signe d'une aussi réelle valeur; qu'elle manque, ce qui n'est pas rare, ou qu'elle tarde à se manifester, nous nous trouvons en présence de telle ou telle de ces formes qui nous restent à étudier, dans lesquelles trop souvent le diagnostic demeure incertain.

Deuxième type à forme de gastrite chronique avec dilatation — à forme de dilatation.

Un malade vient se plaindre à vous de troubles gastriques remontant à une époque assez ancienne déjà. D'une bonne santé, d'un appétit robuste autrefois, ayant même fait des excès de nourriture et de boisson, c'est à peine s'il prend maintenant des aliments en petite quantité, et encore très difficilement. La lourdeur épigastrique après les repas, les flatulences, le ballonnement du ventre, indiquent la difficulté avec laquelle l'estomac accomplit ses fonctions. Mais ce qui l'indique plus encore, ce sont les vomissements qui se présentent avec des caractères spéciaux. Ce n'est pas chaque fois qu'il a mangé, mais à des intervalles beaucoup plus éloignés, tous les quatre ou cinq jours seulement par exemple, que le malade rejette le contenu de son estomac. Très abondants en raison de leur peu de fréquence, les vomissements sont aussi très fétides par suite de leur séjour prolongé dans la cavité gastrique. Souvent, en effet, on y peut retrouver des substances ingérées plusieurs jours auparavant, et encore parfaitement reconnaissables. Le même fait, vous vous le rappelez, existait chez notre cancer du premier type, et ceci ne doit nullement vous étonner, car il indique seulement une insuffisance dans la qualité des sécrétions gastriques et une dilatation de l'estomac.

Et en effet dans le cas présent, dosez l'HCL, vous le trouverez constamment en quantité inférieure à la normale. Explorez l'estomac, il présente à un haut degré tous les signes de la dilatation. Depuis que le malade vomit ainsi, l'état général est devenu mauvais. Il y a bien eu quelques rémissions, mais courtes, peu marquées. L'homme qui se présente à vous a presque complètement perdu ses forces; la maigreur s'accentue de jour en jour. — Eh bien! Messieurs, d'un tel malade, direz-vous qu'il a un cancer ou seulement une gastrite chronique avec dilatation de l'estomac? Trop souvent vous n'oserez vous prononcer, tant est grande parfois la similitude entre ces deux états.

L'estomac est dilaté, mais puisque vous ne sentez pas de tumeur, rien ne vous autorise à mettre cette modification sur le compte d'un néoplasme, à la faire une distension mécanique par obstacle au passage des aliments,

alors qu'elle peut n'être que le résultat d'un affaiblissement progressif de la musculature gastrique.

L'état général mauvais vous renseignera-t-il davantage? N'oubliez pas qu'il peut être imputable à des troubles gastriques simples, indépendants de toute affection maligne. Ne voit-on pas des dyspeptiques dont la santé est profondément altérée?

D'autre part, il peut exister en même temps une autre affection, la tuberculose pulmonaire, par exemple, qui vous engagera à admettre une dyspepsie symptomatique et à mettre la déchéance organique sur le compte des lésions pulmonaires.

Serez-vous plus heureux avec les données récentes et considérées par quelques auteurs comme caractéristiques du cancer, l'hypochlorhydrie et la diminution des déchets organiques? Non, Messieurs, car ces deux modifications, la dernière surtout, qui n'est que l'expression d'une déchéance générale, de quelque nature qu'elle soit, peuvent s'observer également dans la gastrite chronique, et bien que l'hypochlorhydrie fût plus constante, souvent plus notable dans le cancer, ce n'est pas un élément suffisant.

Invoquerez-vous l'âge? Mais il perd sa valeur si, comme c'est souvent le cas, les accidents sont anciens déjà. — La marche, la durée? S'il est vrai que la gastrite a d'ordinaire une évolution plus lente, que les rémissions y sont plus fréquentes et plus durables; les cas de cancer prolongé et à évolution irrégulière ne sont pas rares.

J'ai présent à la mémoire un fait rapporté par Dujardin-Beaumetz en 1880, dans lequel un homme qui souffrait de troubles digestifs marqués, de vomissements noirs assez abondants pour que l'on crût à un cancer, vit son état s'améliorer notablement par le régime lacté. Le mieux persista pendant dix ans avec de légères rechutes. Le premier diagnostic fut alors abandonné, et l'on admit l'existence d'une gastrite ulcéreuse, avec dilatation de l'estomac. Le malade mourut, et l'on trouva un cancer bien et dûment contrôlé par l'examen histologique.

Ces cancers prolongés ne sont pas, du reste, spéciaux à l'estomac, et mon élève Budor vous a raconté l'histoire d'un homme qui, l'an dernier, est venu mourir, dans notre service, d'un affection maligne de la vessie dont le début remontait à plus de vingt ans.

Seules, ici, une connaissance ancienne du malade, une observation attentive et prolongée auraient pu renseigner sur la nature exacte du mal.

S'adresser au microscope sera souvent inutile. Dans notre cas, comme dans beaucoup d'autres du même genre, il n'a pas su trancher la question, nous dire si nous étions en présence d'une lésion primitive, ou d'un cancer secondairement développé sur une autre lésion, d'un de ces *cancers greffés,* comme on les appelle, qui se développent sur un fond inflammatoire préexistant, et dont les tumeurs mixtes décrites par le professeur Verneuil représentent le prototype. Cette question du rôle préparant de l'inflammation est encore à l'étude; cependant, elle mérite d'être prise en considération et je ne crois pas exagérer en vous engageant à vous souvenir que toute dyspepsie peut devenir l'origine d'une tumeur maligne, que tout malade atteint d'un catarrhe chronique de l'estomac peut être candidat au cancer.

Voilà donc deux notions importantes, l'âge et la durée, qui vous font défaut.

Mais voici que tout à coup votre malade a un nouvel accident; il rend en

plus ou moins grande abondance des matières noires qui sont manifestement du sang en partie digéré.

Il y a quelques années encore, on n'aurait pas hésité à dire : C'est un cancer; l'hématémèse était presque pathognomonique, elle indiquait la tumeur maligne au même titre que la cachexie survenant au cours d'une dilatation de l'estomac.

Aujourd'hui, Messieurs, il en va tout autrement, et des travaux récents nous imposent la plus grande réserve. Ce n'est pas que je veuille contester la valeur du vomissement noir, surtout lorsqu'il se présente au cours d'une maladie à allure déjà suspecte. Pourtant, déjà, Trousseau insistait sur l'existence possible de l'hématémèse dans la gastrite chronique indépendante de toute lésion néoplasique et citait à l'appui de son dire une observation restée célèbre; le professeur Bouchard, à son tour, nous a montré le même accident dans la dilatation à allures cachectiques, bien entendu; son importance se trouve donc notablement diminuée.

Il y a plus : la maladie continue à évoluer avec des temps d'arrêt, des rémissions obtenues par le traitement.

Et, ici encore, je vous rappellerai le fait de Beaumetz dans lequel se produisirent plusieurs accalmies, dont les unes très prolongées, bien que l'on fût réellement en présence d'un cancer.

Un jour, vous trouvez votre malade avec un gonflement très marqué de l'un des membres inférieurs, œdème mou, blanchâtre, douloureux au toucher, offrant, en un mot, les caractères de la *phlegmatia alba dolens*. Cette fois, allez-vous dire, vous rappelant l'aphorisme si connu de Trousseau, le diagnostic est fait. Eh bien, non Messieurs, car, et c'est encore le professeur Bouchard qui nous l'a montré, la *phlegmatia* peut être tributaire de la dilatation. (*A suivre*).

BIBLIOTHÈQUE

Maladie de l'appareil respiratoire (*tuberculose et auscultation*), par J. Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants, leçons cliniques recueillies par le docteur Faisans, médecin des hôpitaux, et revues par le professeur. — Avec figures dans le texte et deux planches en couleur hors texte. — Paris, O. Doin, 1890.

La genèse du livre que vient de publier M. Grancher est bien instructive au point de vue de l'histoire médicale contemporaine. L'auteur qui, dès l'aurore de sa vie scientifique, s'était placé à la tête des travailleurs voués à l'étude de la tuberculose, en apportant les premières preuves histologiques irréfutables de son unité, n'a jamais cessé, depuis sa thèse, de suivre le même filon. Il avait débuté par l'étude anatomique, il continua par le perfectionnement de l'auscultation et, grâce à dix années de patientes et ingénieuses recherches, arriva — ce qui pouvait sembler téméraire — à perfectionner l'œuvre de Laënnec, ou, comme il le dit modestement, à glaner quelques épis dans le champ si largement moissonné par notre grand confrère.

Ceux qui fréquentaient dans cette période les services hospitaliers où travaillait le jeune maître n'oublieront jamais les longues et fructueuses stations auprès d'un malade qui, à un examen superficiel, aurait pu paraître sans intérêt, mais dont l'étude obstinée et sagace permettait de tirer un enseignement précieux. C'était l'époque où il semblait à beaucoup qu'il n'y eût plus rien à tirer de l'étude clinique de la tuberculose. En 1883, M. Grancher allait bien montrer le contraire, puisqu'il se préparait à livrer au public

médical les conclusions de ses dix années de recherches cliniques dans un livre dont la moitié était déjà imprimée et tirée.

A ce moment se produisit la découverte du bacille tuberculeux, et M. Grancher estima que cet évènement l'obligeait à suspendre la publication du volume, au grand regret de son éditeur. « Après un court mouvement d'incrédulité, de négation même, le fameux mémoire de Koch fut accueilli avec une foi, une confiance universelles, et provoqua des espérances et des illusions enthousiastes. Le bacille suffisait à tout. A peine quelques voix timides osaient dire que l'auscultation pouvait encore servir au diagnostic de la tuberculose, que l'anatomie pathologique était toujours nécessaire à la connaissance des processus cellulaires curateurs ou destructeurs ; que la thérapeutique n'était guère avancée par la nouvelle découverte, et que le remède de la phthisie était encore bien éloigné... »

Ces voix timides avaient bien raison, elles auraient pu ajouter qu'il était fort imprudent de dire aux générations qui naissaient alors à la vie médicale que la technique de coloration du bacille de Koch qui s'apprend en une heure pourrait rendre plus de services au diagnostic que la technique stéthoscopique qui réclame des années d'apprentissage ; la majorité des étudiants n'a pas manqué d'interpréter ainsi les choses et il est facile de constater que les médecins formés depuis dix ans sont assez inférieurs dans la pratique de l'auscultation à leurs aînés.

M. Grancher prévoyait sans doute cela, mais il voulut cependant s'initier, comme nos rivaux d'outre-Rhin, à la connaissance de la microbie et de la pathologie expérimentale. Devenu successivement l'élève, l'ami et le collaborateur de M. Pasteur dans l'application à l'homme de ses découvertes sur la vaccination antirabique, appelé ensuite inopinément à la chaire de clinique infantile, M. Grancher semblait détourné par tant de préoccupations différentes de ses études premières, et cependant il continuait à leur consacrer une part de son temps ; on peut facilement s'en rendre compte en parcourant seulement la table des matières du présent volume.

On voit se dérouler ainsi le bilan des acquisitions précieuses que la phthisiologie doit à M. Grancher. Dans ses premières publications, il démontre l'unité de nature de la pneumonie dite caséeuse et de la phthisie vulgaire ; il met en évidence la double tendance du tubercule vers la mortification et vers la sclérose et propose de le définir un néoplasme fibro-caséeux ; il affirme que, loin d'être un néoplasme incapable d'organisation et voué à l'ulcération, le tubercule tend naturellement à l'organisation fibreuse, c'est-à-dire à la guérison.

La conséquence de cette notion consolante, c'est qu'il faut faire aussitôt que possible le diagnostic de la tuberculose, dès la période de germination ; car c'est alors surtout, sinon exclusivement, qu'on peut favoriser la guérison spontanée par la thérapeutique et l'hygiène.

Mais ce diagnostic précoce ne peut être posé que par le contrôle réciproque de la percussion, de la palpation et de l'auscultation. M. Grancher nous apprend à grouper en formules schématiques (schèmes) les résultats fournis par ces moyens d'analyse, il met en lumière la valeur des respirations anormales ; il nous enseigne à analyser isolément les deux temps de la respiration et à tenir un plus grand compte des modifications de l'inspiration : nous savons par lui que la constatation de l'inspiration faible, rude et basse aux sommets permet déjà de diagnostiquer l'existence de petits tubercules disséminés et d'instituer aussitôt le traitement convenable, longtemps avant l'apparition des signes réputés précoces jusqu'à M. Grancher, tels que la submatité légère et l'expiration prolongée qui sont contemporaines de la conglomération des tubercules.

Nous devons encore à M. Grancher la connaissance de la valeur du schème de congestion ou schème II, pour diagnostiquer l'état du sommet du poumon derrière un épanchement pleurétique.

La spléno-pneumonie, dont M. Grancher avait, dès 1883, fixé les caractères et sur laquelle mon collègue et ami Queyrat a poursuivi d'intéressantes recherches sous les inspirations de notre maître commun, fait l'objet d'un chapitre important. Je ne puis que signaler l'attrait particulier pour les praticiens des chapitres consacrés au

traitement de la phthisie et de ceux qui sont intitulés : tuberculose et mariage, tuberculose et contagion.

Ceux qui n'ont pas eu la bonne fortune de s'initier à l'auscultation du poumon sous la direction de M. Grancher puiseront du moins, dans la lecture de son livre, des indications assez précises pour qu'ils puissent en tirer grand parti dans leur pratique; quant à ses élèves, ils y retrouveront l'écho fidèle des leçons élégantes qui les avaient tant de fois tenus sous le charme. — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 avril. — Présidence de M. Schwartz.

Sommaire : Ectopie testiculaire. — L'emploi de l'oxycyanure de mercure comme antiseptique et antisyphilitique. — Empyème et opération d'Estlander. — Trépanation dans la céphalalgie traumatique.

M. Schwartz présente un malade auquel il a pratiqué, il y a deux ans, l'orchidopexie pour un testicule arrêté à l'anneau et très douloureux. Le testicule est resté au-dessous de l'anneau, mais le malade a maintenant une hernie inguinale.

M. Desprès fait remarquer que le testicule en ectopie peut descendre de lui-même, mais après formation d'une hernie. Or, le malade que présente M. Schwartz a une hernie ; on peut donc se demander quel bénéfice il a retiré de l'opération, si même cette opération n'a pas été plus nuisible qu'utile par suite des tractions qui ont été exercées. Debout a proposé, pour guérir ces malades, l'emploi d'un bandage en fourche appuyant sur le testicule et pressant le canal inguinal pour empêcher la hernie. Cette manière de faire donne de bons résultats, mais, le scrotum étant très mobile, on ne peut guère espérer y fixer le testicule.

Pour M. Schwartz, le bandage que propose M. Desprès n'aurait servi à rien et ce n'est pas l'opération qui a causé la hernie.

M. Le Dentu pense que l'on ne doit pas faire l'orchidopexie chez les très jeunes enfants, parce que souvent le testicule descend de lui-même et acquiert même un développement suffisant. Il n'est pas fatal d'observer la hernie à la suite de la descente du testicule, spontanée ou provoquée, mais cette complication est fréquente. Si la descente n'est pas opérée au moment de la puberté, il faut alors intervenir.

M. Tillaux insiste sur ce point que la hernie qui se produit quand le testicule est à l'anneau est une hernie inguino-interstitielle dont l'étranglement est très grave. Le malade de M. Schwartz a une hernie ordinaire qui est certainement d'une gravité moindre. Le bandage de Debout est peu efficace.

M. Desprès insiste sur ce fait que le testicule est descendu parce qu'on l'a tiré et que, en le tirant, on a produit la hernie. Pour lui, il est impossible de fixer le testicule à un point aussi mobile que la peau du scrotum.

M. Lucas-Championnière regarde le bandage échancré comme inutile, et on peut, d'ailleurs, l'essayer chez les enfants. Quand le testicule remonte, la peau du scrotum ne remonte pas avec lui. L'opération de l'orchidopexie est, du reste, difficile.

M. Marchand a vu le bandage échancré réussir chez deux enfants de 6 mois.

Pour M. Schwartz, son malade a retiré un grand bénéfice de l'opération. Il peut supporter un bandage et sa hernie est justiciable de la cure radicale.

— M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Chibret (de Clermont-Ferrand) sur les *propriétés chimiques, antiseptiques et antisyphilitiques de l'oxycyanure de mercure.* Ce sel, qui est très stable, n'attaque pas les métaux et est excellent pour faire l'antisepsie des instruments. Comme antiseptique, une solution au 1/5000e convient, mais il

faut éviter de l'employer avec de vastes plaies. Contre la syphilis, on doit faire des injections hypodermiques dans la fesse en employant chaque fois 1 gramme d'une solution à 1/100e.

— KIRMISSON fait un second rapport sur un cas d'*empyème avec opération d'Estlander* envoyé par M. Gellé (de Provins). La pleurésie purulente s'était développée à la suite d'une fièvre typhoïde. On fit d'abord l'opération de l'empyème. Puis, quelques mois après le début des accidents, comme il restait une fistule, on réséqua deux segments de côte, et la guérison se produisit assez rapidement.

Pour M. BOUILLY, l'opération qu'a pratiquée M. Gellé n'est pas un véritable Estlander ; on a simplement cherché a agrandir une fistule afin de permettre au pus de s'écouler facilement. L'opération d'Estlander a pour but de diminuer la résistance de la paroi, afin qu'elle puisse aller vers le poumon et s'y accoler.

M. PEYROT partage l'avis de M. Bouilly. L'opération d'Estlander est faite pour mobiliser la paroi thoracique lorsque le poumon ne peut plus se dilater. Du reste, la dilatation du poumon est encore possible très longtemps après le début d'une pleurésie; M. Peyrot l'a vu se produire après une et deux années. De simples résections costales ne doivent pas, en tout cas, être confondues avec l'Estlander.

M. KIRMISSON fait remarquer qu'on peut avoir plus ou moins de côte à réséquer, et que l'opération de M. Gellé est réellement un Estlander.

— M. TERRILLON fait une communication sur un cas de *trépanation du crâne pour une céphalalgie traumatique datant de dix mois.* Un officier de cuirassiers reçut un jour un coup violent sur son casque ; il n'y eut qu'une contusion sans plaie. Mais bientôt apparurent des vertiges et des douleurs de tête. Au bout de deux mois, les douleurs devinrent continues, avec exacerbation au niveau de la partie supérieure gauche du frontal, Le malade perdit le sommeil et maigrit beaucoup. On essaya sans succès les médications les plus variées : médicaments nervins, incisions profondes des téguments. Enfin la trépanation fut pratiquée par M. Terrillon, qui appliqua deux couronnes de trépan de 3 centim. 1/2. L'os était très épaissi, probablement atteint d'ostéite. La dure-mère était saine et une incision permit de constater qu'il n'y avait pas de lésion au-dessous. La guérison fut rapide et les douleurs disparurent. C'est à peine si il y a eu quelques petites douleurs de temps à autre. Elles n'ont pas reparu depuis le mois de janvier de cette année.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a opéré des faits de ce genre, mais regarde leur interprétation comme très difficile. Il y a des cas où la dure-mère joue un certain rôle, mais, dans d'autres, elle est parfaitement saine. Quelquefois, il apparaît des phénomènes méningitiques, des vertiges, et on peut penser que l'on se trouve en présence de cas de paralysie générale. Lister a rapporté des faits analogues et a même ouvert, dans un cas, le sinus longitudinal supérieur.

La trépanation doit être large et les douleurs en sont une excellente indication. Il ne faut pas toujours ouvrir la dure-mère et on peut la ménager quand rien n'indique qu'elle ou le cerveau soient malades.

En Algérie, c'est dans les cas de douleurs très vives, de crises épileptiques que les Kabyles font la trépanation.

M. ROUTIER a trépané un malade qui avait reçu un coup de feu dans le crâne d'avant en arrière. Après la guérison, il s'était développé de vives douleurs et des crises épileptiformes. La cicatrice postérieure était adhérente et M. Routier trépana à ce niveau. Crises et douleurs disparurent et l'intelligence, affaiblie, se releva même un peu.

M. PEYROT rapporte le cas d'un jeune homme de 27 ans qui avait guéri sans traitement d'une fracture du crâne. Six ans plus tard apparurent des douleurs vives dans la face et le crâne, des vertiges, de la faiblesse, de la difficulté de la parole. L'apophyse mastoïde étant très douloureuse, on trépana à son niveau et les accidents disparurent en huit jours.

M. Terrillon pense qu'il est bon d'inciser la dure-mère, afin de s'assurer de l'intégrité des parties qu'elle recouvre.

Pour M. Kirmisson, le cas de M. Peyrot est peut-être de l'hystéro-traumatisme. L'opération guérirait alors comme le fait une émotion.

M. Tillaux pense que l'ostéite explique les douleurs; d'autre part, les nerfs de la dure-mère doivent être atteints dans certains cas.

M. Terrillon affirme que son malade n'avait pas d'hystéro-traumatisme.

— M. Le Dentu lit la statistique des opérations qu'il a pratiquées dans son service.

FORMULAIRE

Collyre contre la conjonctivite aigue des nouveau-nés. — De Saint-Germain et Valude.

Nitrate d'argent cristallisé............	0 gr. 20 centigr.
Eau distillée........................	10 grammes.

Faites dissoudre. — Instiller ce collyre dans les conjonctivites très aiguës des nouveau-nés, comme moyen préventif de l'ophthalmie purulente (méthode de Crédé). Après l'instillation, neutraliser l'excès de nitrate d'argent avec de l'eau salée. — Dans le cas d'ophthalmie purulente grave, on élève la dose du nitrate d'argent à 30 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée. On pratique des attouchements toutes les 12 heures, à l'aide d'un gros pinceau à aquarelle trempé dans cette solution, et on neutralise à l'eau salée. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 9 avril 1890, des médailles d'argent et de bronze ont été décernées aux personnes ci-après indiquées :

Somme. — *Médaille d'argent* : Mme Danel (Rosalie), infirmière laïque attachée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens depuis 1847; a fait preuve d'un zèle et d'un dévouement exceptionnels en prodiguant ses soins aux malades, sans interruption, au cours des diverses épidémies qui se sont succédé à Amiens de 1848 à 1889.

Algérie. — *Médaille de bronze* : El Hadj-Youcef ben el Hadj Ahmed ben Latiet, médecin et vaccinateur indigène à Djidjelli depuis trente ans : s'est signalé, à plusieurs reprises, par son dévouement au milieu des épidémies de variole qui atteignaient la population musulmane de la région.

Tunisie. — *Médaille d'argent* : M. Sagrandi, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation, attaché à la place de Bizerte : s'est distingué par un zèle et un dévouement exceptionnels, en prodiguant ses soins à la population de cette ville au cours de diverses épidémies, notamment de diphthérie, qui y ont sévi récemment.

Hôpital civil de Nancy. — La doyenne des institutrices de France, Mlle Virginie Mauvais, nonagénaire, vient de donner à la ville de Nancy une somme de 400,000 francs, destinée à la construction d'un nouveau pavillon dans l'hôpital récemment construit et déjà magnifiquement installé rue de Strasbourg. On ne sait pas encore à quelle époque on prendra une décision définitive au sujet de l'Institut anatomique, qui doit être construit dans le voisinage de ce nouvel hôpital.

Faculté de médecine de Nancy. — Le Conseil général de Meurthe-et-Moselle a encore renouvelé le vœu que le ministère envoie à la Faculté de medecine de Nancy un certain nombre de ses élèves boursiers pour compenser la perte en quantité que fait

subir à cette Faculté la création de l'École du service de santé à Lyon. La Faculté de Nancy possède, en effet, actuellement des ressources d'enseignement pratique, dans les diverses branches des sciences médicales, qui devraient lui attirer un beaucoup plus grand nombre d'élèves que celui, trop restreint, qui lui est attribué par sa simple situation géographique. Quant à l'enseignement scientifique dans les laboratoires, il est organisé et connu depuis longtemps, depuis l'organisation même de l'ancienne Faculté de Strasbourg à Nancy.

Le projet sur l'Assistance médicale gratuite. — Ce projet, dont M. Constans, ministre de l'intérieur, a définitivement arrêté le texte au cours d'une conférence qu'il a eue avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique, sera soumis, dès la rentrée du Parlement, aux délibérations de la Chambre.

La loi projetée comprendrait six titres et une quarantaine d'articles.

D'après cette loi tout Français indigent malade « recevra gratuitement » de la commune ou du département où il a son domicile de secours l'assistance médicale à domicile ou, s'il ne peut-être soigné à domicile, dans un hôpital.

Dans chaque département, un service d'assistance médicale gratuite serait organisé sous l'autorité du préfet.

Dans chaque commune ou syndicat de communes sera établi un dispensaire où ne seront données que des consultations externes. Chaque commune sera rattachée à une infirmerie et à un hôpital général.

Les dépenses de l'assistance médicale seront payées sur : le produit des fondations, dons et legs spéciaux faits aux départements, aux communes et aux établissements publics de bienfaisance au profit de l'assistance médicale ; — le budget communal ; — la subvention du département dans les proportions que détermine le conseil général ; — la subvention annuelle de l'Etat aux départements dont la situation l'exige.

Concours du bureau central. — Médecine. — Le concours du bureau central de médecine s'est terminé vendredi par la nomination de MM. Babinski, Charrin, A. Siredey.

Utilisation des lits vacants des hôpitaux de province. — On a souvent constaté que les hôpitaux et hospices de Paris étaient encombrés, tandis que dans un grand nombre de petites villles il y a de nombreux lits vacants. Afin de voir si l'on ne pourrait pas utiliser ces places, dans une certaine mesure, le ministre de l'intérieur a demandé aux préfets un relevé exact du nombre de lits existant dans tous les hospices ou hôpitaux de leur département, avec l'indication des lits inoccupés dans chaque établissement.

Monument Durand-Claye, à Gennevilliers. — Le Congrès international d'hygiène et de démographie qui s'est tenu à Paris, en août 1889, a voté par acclamation l'érection, à Gennevilliers, d'un monument à la mémoire d'Alfred Durand-Claye, ingénieur en chef des Ponts et Chaussées et de l'Assainissement de Paris, décédé le 27 avril 1888. Un Comité d'initiative, présidé par M. E. Trélat, s'est formé pour mettre ce vœu à exécution. Il fait appel à tous ceux qui s'intéressent à la santé publique ou qui en sont chargés à un titre quelconque, Savants, Médecins, Hygiénistes, Ingénieurs, Municipalité et Agriculteurs, etc., pour transmettre à la postérité le souvenir du savant ingénieur, du vaillant propagateur de l'assainissement des villes. Une souscription est ouverte.

Les souscriptions sont reçues dès à présent par le trésorier, M. Louis Masson, inspecteur de l'Assainissement de Paris, 6, avenue Victoria.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

ELIXIR ET VIN DE J. BAIN, *à la coca du Pérou,* puissant réparateur.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

Les accidents graves des diabètes glycosuriques — Acétonémie.

Le nom de diabète sucré a servi jusqu'ici à dénommer des états pathologiques distincts ; c'est, du moins, ce que nous avons cherché à démontrer dans des travaux antérieurs.

Nous avons été conduit à admettre trois espèces distinctes de diabète ayant chacun une origine, une évolution et une lésion spéciales ;

Le diabète lié à une lésion matérielle du système nerveux, *diabète traumatique ou de Cl. Bernard ;*

Le diabète se rattachant à la grande famille du rhumatisme chronique, *diabète arthritique*, et qui, selon nous, serait mieux désigné sous le nom de *diabète de l'herpétisme ;*

Le diabète lié à la destruction du pancréas ou *diabète pancréatique.*

Or, malgré la différence de leur origine et de leur nature, les diverses espèces de diabète peuvent se compliquer, à un moment donné, d'accidents graves, souvent mortels, sur lesquels l'attention du médecin doit être particulièrement attirée.

Ces complications, incomplètement connues en France, sont désignées d'ordinaire sous le nom de *coma diabétique*, dénomination dangereuse à mon sens, car elle donne au médecin une fausse sécurité et lui fait croire qu'il n'y a pas de péril imminent tant que des phénomènes comateux ne se sont pas produits. Plusieurs auteurs ont attribué ces accidents à la formation d'acétone dans le sang des diabétiques et les ont décrits sous le nom d'*acétonémie*. Ce point de pathogénie n'est pas élucidé ; je crois toutefois que le mot peut être conservé sans inconvénient, à la condition que le nom d'acétonémie serve à désigner l'ensemble des complications survenant dans le cours du diabète et reconnaissant pour cause la rétention dans l'économie de produits toxiques, quels qu'ils soient, de même que le mot urémie n'indique pas un empoisonnement par l'urée, mais par toutes les substances excrémentielles de l'urine que le rein n'élimine plus. Ces réserves faites, il me paraît qu'il y a lieu de décrire cinq formes principales d'acétonémie pouvant exister d'une façon isolée, mais qui coexistent d'ordinaire et donnent lieu à un tableau symptomatique singulièrement complexe. Je les désignerai comme il suit, d'après le désordre fonctionnel prédominant, *forme musculaire, forme gastro-intestinale, forme dyspnéique, forme cardiaque*, et *forme cérébrale* ou *comateuse.*

Forme musculaire. — Cette forme que l'on méconnaît trop souvent ne peut cependant échapper à un esprit prévenu. Elle est caractérisée par des sen-

sations pénibles de fatigue, un malaise général, de la courbature, en un mot par un accablement excessif. A ces phénomènes s'ajoutent des points douloureux au niveau des masses musculaires, et une sensation de souffrance à l'occasion du moindre mouvement. Les malades, inquiets, ont une angoisse excessive ou plutôt le sentiment intime d'une fin prochaine. Le facies est décoloré, bien qu'il n'y ait pas de changement notable dans l'expression de la physionomie. On ne constate pas de réaction fébrile, mais plutôt un abaissement de température d'un demi-degré, coïncidant en général avec une diminution de la quantité d'urine.

Ces accidents persistent pendant un certain temps, puis disparaissent ; mais souvent, s'ils ne sont combattus, ils s'accentuent tout-à-coup, ou se compliquent des symptômes de l'une ou l'autre des formes qui vont suivre, comme s'ils n'en étaient que les prodromes.

Forme gastro-intestinale. — Précédée dans certains cas de courbature et de fatigue générale, cette forme est caractérisée par une sensation de malaise, par des nausées suivies de vomissements abondants. Composés de mucosités et de bile, ces vomissements reviennent par intervalles, et cela pendant plusieurs jours. Une constipation opiniâtre se montre dans quelques cas, mais d'autres fois il survient une diarrhée liquide, extrêmement abondante, précédée ou accompagnée de coliques violentes et d'une diminution notable de la sécrétion urinaire. Ce flux gastro-intestinal me paraît-être le résultat d'un travail naturel et en quelque sorte providentiel destiné à éliminer les déchets organiques qui intoxiquent le malade; car il nous est arrivé de voir, à la suite de sa cessation, plusieurs de nos malades être pris de céphalée, de dyspnée intense et d'un coma des plus graves.

Cette diarrhée est donc essentiellement respectable, et le rôle du médecin est de favoriser l'effort d'élimination de l'organisme en prescrivant des purgatifs et des diurétiques. Bien coupable celui qui tenterait d'arrêter par une médication intempestive une diarrhée de cette sorte.

Forme dyspnéique. — Plus particulièrement caractérisée par une sensation pénible d'oppression avec difficulté des mouvements respiratoires, cette forme survient d'emblée ou succède aux accidents que nous venons de décrire. La respiration est accélérée, précipitée, mais égale, contrairement à ce qui se passe dans l'urémie. C'est un essoufflement comparable à celui que produit une marche rapide ou une longue course. La face n'est pas violacée, mais pâle, livide ; le malade est demi-assis dans son lit ou bien dans l'orthopnée ; il est fatigué par une toux sèche, mais non quinteuse ; agité et anxieux, il éprouve une sensation d'angoisse qui lui donne l'idée d'une fin prochaine ; son haleine a une odeur que l'on a comparée à celle de l'alcool, de l'éther, ou à celle que répandent certains fruits, les pommes ou les melons par exemple.

Cet état ne trouve son explication dans aucun désordre pulmonaire ou cardiaque ; et si parfois l'auscultation fait découvrir un léger souffle au niveau des orifices du cœur, le médecin ne doit pas s'y arrêter ; il s'agit ici en effet d'une dyspnée d'origine toxique, simplement nerveuse ou peut-être liée à de l'anoxémie.

Distincte des phénomènes de la respiration dite de Cheynes-Stokes dont elle n'a pas les intermittences, la dyspnée diabétique n'en est pas moins des plus pénibles, car l'acte respiratoire est très fréquent et extrêmement laborieux. Cette dyspnée a une durée variable ; elle peut persister pendant

plusieurs jours, ensuite disparaître, à moins qu'il ne s'y ajoute des phénomènes de paralysie cardiaque ou de coma diabétique.

Forme cardiaque. — Les désordres cardiaques se manifestent d'une façon pour ainsi dire constante par la fréquence et la petitesse du pouls. Celui-ci s'accélère et arrive rapidement à battre 120, 140 fois par minute, et parfois davantage. Il est petit, régulier, de plus en plus faible; les extrémités sont froides, la faiblesse est générale, la fatigue excessive, la température abaissée. Les malades en apparence bien portants la veille, à part un léger degré d'essoufflement, sont pris tout à coup d'un malaise général avec impossibilité de rester debout ou d'exécuter le plus léger mouvement sans pâlir et tomber en faiblesse.

Un fait qui se rattache à cette forme s'est présenté récemment à mon observation. Une dame de ma clientèle, à la suite d'une légère atteinte de grippe, subit une série d'impressions pénibles et de fatigue. Sous ces influences, elle palit, perd ses forces, a des métrorrhagies répétées, devient inquiète et parle de sa fin prochaine, comme si elle se sentait gravement atteinte. Elle était dans cet état depuis une quinzaine de jours au moins, lorsqu'un matin elle est prise, en se levant, d'une sorte de lipothymie et tombe sur son parquet; on la recouche; et, après avoir respiré quelques sels et pris un peu d'éther, elle essaye quelques instants plus tard de se lever à nouveau, mais elle ne tarde pas à s'apercevoir qu'elle ne peut rester debout. Elle éprouve une angoisse excessive et tombe une seconde fois, sans perdre entièrement connaissance.

Lorsque je la vis, elle me dit: « J'ai cru que j'allais mourir », puis elle me raconta qu'elle se sentait très malade et que sa vie était menacée; sa face était pâle, sa respiration haute et fréquente; elle accusait une douleur, sorte de sensation de constriction ou de barre, au-dessous des deux clavicules. L'auscultation révélait un léger souffle systolique à la base du cœur, ce qui portait à se demander tout d'abord s'il ne s'agissait pas d'une crise d'angine de poitrine, et si les accidents observés ne se trouvaient pas sous la dépendance d'une lésion de l'aorte et des artères coronaires; je prescrivis éther, bromure et révulsifs. La malade éprouva, le lendemain, en se levant une nouvelle perte de connaissance, et il lui suffit de se retourner dans son lit pour provoquer ce même accident. La singularité de ces phénomènes me fit penser au diabète. L'examen des urines démontra que ce liquide offrait une densité élevée et renfermait 50 grammes de sucre par litre. Dès lors, ma conviction était faite; j'abandonnai l'hypothèse d'une crise angineuse avec syncope que j'avais admise trop facilement sur la simple constatation d'un souffle cardiaque. Il me parut qu'il fallait agir énergiquement; pour faciliter l'élimination des substances toxiques; j'ordonnai un lavement purgatif et des diurétiques qui malheureusement ne furent pas acceptés de suite, puis du bromure de sodium et de l'éther. La face pâlit de plus en plus, le pouls était fréquent, la respiration haute et accélérée s'accompagnait d'une sensation de profonde dyspnée, des douleurs vives étaient ressenties dans la plupart des membres et même dans le thorax, le moindre mouvement dans le lit était suivi d'un malaise excessif et de lipothymie. Cet état persista pendant cinq jours, l'expression du visage restait assez normale malgré la pâleur, la voix à peine altérée; le sixième jour, la malade, malgré l'absence de tout désordre matériel du côté des poumons, fut en proie à une grande oppression, à une angoisse excessive avec accélération des bat-

tements du cœur qui atteignaient 140 par minute; à six heures elle succombait en quelques instants.

Il nous est sans doute difficile d'expliquer ce genre de mort, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il n'est pas le fait d'une syncope. Dans la syncope, en effet, la mort est instantanée et résulte d'un spasme du cœur : à l'autopsie, on trouve ses cavités absolument vides. Dans la forme cardiaque du diabète, le pouls s'accélère de plus en plus et le cœur cesse de battre comme s'il était paralysé ; ses cavités sont remplies de caillots sanguins. Resterait à déterminer le mécanisme de cette paralysie. Serait-elle l'effet d'une abolition fonctionnelle des hématies, d'une anoxémie, ce que semblerait indiquer la grande décoloration des téguments, ou bien résulterait-elle d'un défaut d'action des pneumogastriques qui n'exerceraient plus leur influence modératrice sur les sympathiques ? Si le mécanisme de ces troubles et leur cause étaient connus, peut-être y trouverions-nous des indications utiles pour le traitement.

Forme cérébrale ou comateuse. — Cette forme, qui est de beaucoup la mieux connue, peut survenir d'emblée; mais, souvent aussi, elle succède à l'une ou l'autre de celles que nous venons d'étudier. Dans la plupart des cas, elle est annoncée par des phénomènes prodromiques : lassitude, malaise général, courbature. Les accidents qui la caractérisent sont variables : tantôt c'est une céphalée d'intensité moyenne avec ou sans vertiges; tantôt c'est un délire d'action, parfois maniaque; tantôt, enfin, c'est un coma plus ou moins profond. Les vertiges se montrent de préférence le matin, au réveil; le délire consiste dans une agitation qui pousse le malade à sortir de son lit, à s'enfuir : témoin un malade, de notre service, qui fut trouvé une nuit suspendu aux barreaux de l'escalier. Ces modalités existent dans quelques cas isolément et disparaissent ensuite; mais, fréquemment, elles sont accompagnées de somnolence et de coma.

Le coma diabétique peut être tantôt précédé de prodrome, et tantôt enfin avoir un début subit. Dans ce dernier cas, à la suite d'une fatigue, d'une marche ou d'un effort, le malade tombe frappé d'une sorte d'ictus apoplectique qui rappelle celui de l'hémorrhagie cérébrale. Le collapsus est complet, les muscles sont dans la résolution, le tégument insensible, les paupières closes, les pupilles dilatées, les extrémités refroidies, la face pâle, la bouche entr'ouverte. L'haleine, aigre, âcre, très pénétrante, a une odeur intermédiaire entre celle du vinaigre et de l'alcool. La déglutition est difficile ou impossible ; la respiration courte et saccadée, quelquefois ralentie; la température normale ou abaissée. Les déjections sont involontaires et la torpeur profonde. Cet état peut durer de quelques heures à plusieurs jours; il se termine à peu près toujours d'une manière fatale, et cependant je crois qu'une médication appropriée pourrait s'en rendre maître, comme il arrive aujourd'hui pour le coma urémique.

Tels sont les divers accidents qui viennent compliquer le diabète; il m'a paru préférable d'en donner des tableaux distincts dans le but d'attirer sur eux toute l'attention qu'ils méritent, et d'ailleurs si, dans quelques cas, ces tableaux se confondent, ils n'en conservent pas moins leurs principaux traits. Frerichs, qui a bien étudié les cas de diabète mortel, divise en trois groupes les accidents qui peuvent se produire au cours de cette maladie. Au premier groupe se rapportent des accidents qui apparaissent brusque-

ment, d'ordinaire à la suite d'une fatigue ou d'une longue course, et qu'il attribue à une paralysie cardiaque. Ils consistent en une faiblesse générale avec pâleur, refroidissement des extrémités, accélération des battements du cœur et somnolence, et sont généralement suivis de mort avec ou sans perte de connaissance. Le second groupe est caractérisé par des désordres gastriques accompagnés de céphalée, de délire, de coma avec angoisse et dyspnée. Ces accidents durent de vingt-quatre heures à trois ou quatre jours. Le troisième groupe comprend des désordres assez semblables, sauf la dyspnée et l'angoisse, et qui finissent généralement par le coma, après une durée de plusieurs jours.

Cette description, qui met en évidence toute la gravité des accidents diabétiques, montre l'importance qui s'attache à leur diagnostic. L'acétonémie, de même que l'urémie, se révèle dans quelques circonstances par des désordres passagers que l'on méconnaît trop souvent. Nous savons que, dans l'urémie, ces désordres se manifestent par un changement dans le caractère, des impatiences, de l'insomnie, une céphalée constrictive surtout nocturne, et qu'ils disparaissent fréquemment au bout de quelques jours, à la suite d'une débâcle spontanée ou d'une diurèse abondante. Dans l'acétonémie, ces troubles consistent en des sensations de faiblesse excessive, avec engourdissement de toutes les facultés; le sommeil est nul ou agité; l'esprit est triste, inquiet, tourmenté par le sentiment d'une fin prochaine; le caractère est acariâtre et maussade. Une dame soignée par moi, il y a quelque temps, se plaignait de tout cet ensemble symptomatique; et comme je ne trouvai aucune lésion matérielle pour l'expliquer, je demandai à faire l'examen des urines. A cette proposition, la malade me dit qu'elle avait été diabétique, mais qu'elle était depuis lontemps absolument guérie, car, d'ailleurs, elle n'avait ni polydipsie, ni polyurie, ni polyphagie, mais de l'inappétence et du dégoût pour les aliments. L'analyse des urines ayant donné 45 grammes de sucre par litre d'urine, je prescrivis quelques purgatifs, et les accidents disparurent rapidement pour reparaître au bout de quelques jours. Pendant deux semaines, cette même malade ne cessa de se plaindre d'une fatigue extrême et d'annoncer à tous sa fin prochaine. Les diurétiques et les purgatifs eurent encore raison du mal, qui cessa enfin totalement. Ma cliente reprit sa gaieté, sa bonne humeur et se déclara transformée; les urines, examinées de nouveau, ne contenaient plus de glycose. Par conséquent, la glycosurie peut disparaître, malgré la persistance de la maladie dont elle n'est que le symptôme, mais elle reparaît assez ordinairement lorsque surviennent les accidents dus à l'acétonémie. C'est d'ailleurs ce qui se passe pour l'albuminurie, qui revient à peu près constamment au moment des crises, même après.

Les accidents d'une certaine intensité passent plus difficilement inaperçus; mais, le coma excepté, ils n'éveillent pas toujours suffisamment l'attention du médecin. Les défaillances qu'accompagnent l'accélération du pouls, une dyspnée intense, une fatigue excessive et le pressentiment de la mort sont faciles à reconnaître. Il n'en est pas de même s'il existe une simple dyspnée et en même temps de l'albuminurie, car la confusion avec la dyspnée urémique est chose facile, malgré les caractères dont nous avons parlé. Quant au délire et au coma, ils ont, dans l'urémie et l'acétonémie, de telles ressemblances que, sans l'odeur de l'haleine et l'analyse des urines, il serait difficile de les distinguer. Remarquons encore que, dans nombre de cas, les phénomènes de l'acétonémie peuvent être attribués au

désordre matériel d'un organe, le cœur notamment. Les défaillances qui surviennent à la suite des mouvements et qui rendent impossible la station debout, sont d'autant plus faciles à rattacher à une affection du cœur ou à une angine de poitrine que souvent, en pareil cas, il existe un souffle cardiaque, et qu'elles sont parfois accompagnées de douleurs pré-sternales, d'oppression ou d'angoisse. Ajoutons qu'il serait encore possible de mettre sur le compte de l'estomac l'oppression, la pâleur et les lipothymies, si les troubles qui reconnaissent pour cause une lésion de cet organe ne survenaient peu à peu contrairement à ceux de l'acétonémie, qui sont presque toujours subits.

L'acétonémie, provoquée le plus souvent comme l'urémie par un désordre de l'organisme, se manifeste, tantôt à la suite d'un trouble purement physiologique, une émotion vive, une fatigue, un refroidissement, et, suivant quelques auteurs, un régime par trop animalisé; tantôt au cours ou à la fin d'une maladie intercurrente, même légère, comme un état gastrique, une bronchite, une pneumonie, etc. Le danger chez les diabétiques étant surtout dans les crises d'acétonémie, le médecin devra conseiller une hygiène sévère et des soins minutieux à la moindre alerte.

Les accidents en question ont été attribués tout d'abord à l'empoisonnement de l'organisme par l'acétone, comme autrefois les accidents graves survenant au cours d'une albuminurie ont été mis sur le compte d'un excès d'urée. Mais, comme l'urée en excès dans le sang ne produit pas l'intoxication dite urémique, ainsi l'acétone ne paraît pas être la cause de l'intoxication diabétique. Si cette substance reconnue dans l'urine par Petters et Kaulich, et plus tard dans les organes des diabétiques par d'autres auteurs, a pu conduire Kussmaul, Forster, Tappeiner, de Gennes, etc., à identifier l'intoxication par l'acétone à celle du diabète, par contre, Scheube, Frerichs, Jaksch, Sunders, Albertoni, J.-L. Prévost et P. Binet déclarent que les accidents graves du diabète ne peuvent être attribués à l'acétone. D'autres auteurs ont accusé non plus cette dernière substance, mais des corps capables de lui donner naissance, tels que les acides éthyl-acétique (Rupstein), acéto-acétique (Jaksch), crotonique (Stadelman), oxybutyrique (Minkowski, Wolf, etc.) ou leurs éthers et aldéhydes; et dans ces derniers temps, enfin, on a pensé que le coma diabétique pouvait être dû à la présence de ces acides venant diminuer, dans de grandes proportions, l'alcalinité du sang : de là la tentative hardie de Lépine, qui a transfusé des solutions alcalines dans les veines de ses malades.

La diversité de ces opinions prouve que la condition pathogénique des accidents graves du diabète reste à déterminer; il peut se faire en effet que, dans le diabète grave, il se produise à côté de l'acétone et de ses dérivés des principes beaucoup plus toxiques qui, à cause de leur faible quantité ou de leur nature, aient échappé aux analyses. Un seul point, toutefois, paraît indiscutable, c'est que ces accidents sont le résultat d'une auto-intoxication et que, dans la majorité des cas, cette intoxication s'accompagne d'un abaissement de la quantité des urines. De là l'indication de favoriser, comme dans l'urémie, l'élimination des substance toxiques, tant par la voie gastro-intestinale que par la voie rénale; mais, d'ailleurs, il me faut reconnaître que l'emploi des purgatifs drastiques et des diurétiques m'a été d'un grand secours en pareil cas, et c'est à eux que je dois les quelques

succès que j'ai obtenus A ces indications s'en ajoutent d'autres : chez les malades qui offrent une pâleur générale et une oppression due vraisemblablement à un défaut d'oxygénation des globules sanguins, les inhalations d'oxygène trouvent une indication toute naturelle; puis, quand le pouls devient fréquent, que le moindre mouvement provoque des défaillances par suite d'une sorte de paralysie cardiaque, l'emploi de la caféine et de l'éther s'impose, comme aussi l'usage des lotions et des frictions stimulantes de la peau. Le médecin, enfin, doit être pénétré de la gravité de la situation et agir avec promptitude et énergie, car si les phénomènes graves du diabète ne sont rapidement combattus, la mort en est la conséquence fatale.

Ces phénomènes n'ont pas seulement une grande importance clinique, ils offrent encore un réel intérêt médico-légal; car ils peuvent faire soupçonner un empoisonnement et égarer la justice, aussi bien quand ils affectent la forme gastro intestinale que lorsqu'ils revêtent la forme cardiaque. Ainsi ils méritent d'être connus du médecin légiste qui devra songer à leur possibilité. Dans des cas douteux, il ne manquera pas d'examiner le cœur et son contenu, et il se souviendra qu'il est, dans certains cas de diabète, des organes particulièrement lésés, le pancréas, par exemple.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une observation relative à un accouchement, par M. le docteur Pugliese;

2° Une lettre de M. le docteur Richelot, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. le Président ouvre un pli cacheté, envoyé par M. le docteur Bertrand (de Toulouse), relatif à l'emploi de l'*acide borique* comme topique pour empêcher les cicatrices de la variole. L'auteur préconise l'emploi d'un glycérolé d'acide borique contenant 4 grammes de ce dernier pour 50 grammes de glycérine. On badigeonne la face avec ce mélange. L'acide borique en solution est aussi employé pour laver les yeux et en lavements, quand les selles sont fétides. Dans cinq cas, l'auteur a obtenu l'avortement de l'éruption, qui n'a laissé que des traces très légères.

— M. Périer rapporte une observation d'*œsophagotomie externe pour corps étranger*. Une jeune fille de 10 ans avait avalé des boutons de manchette qu'elle avait placés dans sa bouche. Un de ces boutons fut rejeté, mais l'autre resta fixé à la partie supérieure de l'œsophage et empêcha complètement la déglutition des solides. Le bouton était en os et avait 23 millimètres de diamètre; sa queue était haute de 6 millimètres et large de 9, étant étalée.

On sentait le corps étranger en arrière des parties supérieures de la trachée et inférieures du larynx, en pressant le devant du cou entre le pouce et l'index. Les pinces et le panier de Græfe n'ayant pu saisir le bouton, M. Périer fit l'œsophagotomie externe neuf jours après l'accident.

Sans avoir introduit de conducteur, il incisa à gauche, parallèlement au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, puis, refoulant en dehors la carotide primitive, qu'il avait pu prendre un instant pour le bord de l'œsophage, tellement elle était petite, il arriva directement sur le corps étranger, qui faisait un relief appréciable au doigt. Il incisa la paroi œsophagienne parallèlement à l'axe du conduit, juste sur le bord du bouton, qui devint visible entre les lèvres de l'ouverture.

Comme la queue du bouton était enchatonnée dans la muqueuse boursouflée de la paroi postérieure de l'œsophage, M. Périer dut s'aider du doigt pour la déboutonner, et elle put être extraite facilement; il fit une suture en surjet au catgut, puis établit un drainage et réunit la peau par quelques points au crin de Florence. Des vomissements forcèrent à panser à plat, au chloral, en enlevant les sutures.

La malade guérit rapidement et complètement.

M. Périer communique encore une observation d'*extraction d'une cuillère à café logée dans l'estomac depuis dix-huit jours*. L'opéré, âgé de 36 ans, souffrait beaucoup, depuis l'accident, dans l'épigastre et l'hypochondre gauche. La palpation ne permettait pas de sentir le corps étranger.

L'exploration électrique prouve la présence de la cuillère. La taille stomacale étant acceptée, M. Périer, après lavage de l'estomac à l'eau de Vichy, incise la paroi abdominale selon la ligne indiquée par Labbé.

M. Périer décrit la suite de son opération de la façon suivante :

« J'arrivai sur la partie moyenne de l'estomac, un peu au-dessus de la grande courbure; j'attirai la paroi antérieure au dehors, et passai de suite dans son épaisseur, à 4 centimètres l'un de l'autre, deux fils de catgut liés en anses et destinés à empêcher le retrait à l'intérieur. Toutes les précautions ayant été prises pour éviter l'épanchement de liquides dans la cavité péritonéale, j'incisai l'estomac parallèlement à la grande courbure et assez loin d'elle pour éviter des vaisseaux trop importants. Les lèvres de l'ouverture furent maintenues avec des pinces; j'introduisis le doigt dans l'estomac et reconnus la présence de la cuillère. »

L'extraction avec des pinces fut facile. La muqueuse fut suturée au fil de soie, puis, par dessus, M. Périer fit deux sutures en bourses superposées. Le péritoine fut suturé au catgut, puis la couche musculaire. Enfin la réunion de la peau fut faite au crin de Florence.

La guérison survint sans la moindre complication.

— M. Forné fait une communication sur la *contagiosité de la lèpre*, qui s'étend maintenant à la Nouvelle-Calédonie, dans la population blanche. Il raconte l'histoire d'un libéré qui gagna la maladie à Morndon, où il séjourna six ans au milieu d'indigènes malades. Aucune prédisposition n'existait, puisque le malade avait toujours habité la France et la Belgique avant d'être transporté à Nouméa.

— M. Bœckel lit une note sur l'*entérostomie temporaire suivie de la suture immédiate de l'intestin dans les laparotomies pratiquées pour occlusion intestinale*.

Une complication fréquente de la laparotomie dans l'occlusion intestinale réside dans la difficulté, voire même l'impossibilité, de réduire les intestins, alors même que l'obstacle est levé.

Il faut, dans ces cas, suivre la pratique de Madelung et débrider une anse intestinale que l'on ferme ensuite par une suture après évacuation du contenu. M. Bœckel rapporte une observation à l'appui.

— M. Le Dentu présente un tumeur de l'abdomen qu'il a enlevée chez une femme de 23 ans. C'est un *kysto-fibrôme végétant du ligament tubo-ovarien*. L'indépendance avec la trompe ou l'ovaire était absolue. A la surface de la tumeur il y avait aussi un épithéliome pavimenteux tendant à végéter. Ces tumeurs sont très rares.

— M. Polaillon présente un fœtus de 2 mois et demi, extrait par la laparotomie. La malade avait une grossesse tubaire et la trompe s'était rompue probablement peu à peu, de telle sorte que le fœtus ne passa que tardivement dans le péritoine et ne provoqua qu'une péritonite locale. On fit l'ablation du fœtus, de la trompe et de l'ovaire droit. La guérison fut rapide.

— M. Lancereaux fait un rapport sur deux cas de *filariose* envoyés par M. Maurel. Dans un cas, la malade avait des hématuries et de la chylurie; dans l'autre, c'est par hasard qu'on constata la présence des parasites dans le sang; la malade ne se plaignait d'aucun trouble pouvant être rapporté à leur existence.

M. MAGALHAES a aussi adressé à l'Académie un mémoire sur la filariose. L'incision d'une hydrocèle chyliforme entraîna la mort.

— M. GABIEL lit un rapport sur un travail de M. Gréhant, intitulé : *Recherches physiologiques sur les produits de la combustion du gaz d'éclairage.*

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger (1re division). La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Van den Corput (de Bruxelles) ; en deuxième ligne, M. Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) ; en troisième ligne, M. Crocq (de Bruxelles) ; en quatrième ligne, M. Kalindero (de Bucharest).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1890. — Présidence de M. DUMONTPALLIER.

SOMMAIRE : *Large épithélioma ulcéré de la face cicatrisé par la poudre d'aristol. — Atrophie musculaire aiguë coïncidant avec une tumeur de nature indéterminée du cou. — Un cas de fièvre intermittente développée à Paris chez un enfant de 14 mois.*

M. BROCQ présente à la Société un malade de 50 ans, atteint d'un épithélioma superficiel de la joue gauche, chez lequel la cicatrisation a été très rapidement obtenue par la poudre d'aristol.

L'épithélioma débuta en 1878 sous forme d'un petit bouton situé au niveau de la pommette gauche; d'abord insignifiant, ce bouton grandit peu à peu, et, en 1884, ayant atteint les dimensions d'une pièce de 1 franc, il s'ulcéra. Depuis, le malade a essayé bien des traitements : iodure de potassium, huile de foie de morue, cautérisations au nitrate acide de mercure; mais, après quelques rémissions passagères, l'affection reprenait sa marche envahissante. En 1886, la paupière inférieure était atteinte.

Le malade entra à l'hôpital Saint-Louis le 15 mars dernier. Il présentait alors une vaste ulcération en fer à cheval, embrassant l'œil gauche par sa concavité. Toute la joue, la narine gauche, le sillon naso-génien étaient envahis; en haut, la paupière inférieure, l'angle interne et l'angle externe de l'œil, et même la partie externe de la région sourcilière étaient profondément altérés. Les bords de l'ulcération étaient indurés, mamelonnés; on trouvait enfin tous les caractères de l'épithélioma superficiel. Les ganglions sous-maxillaires du côté gauche étaient engorgés. Le malade était pâle, anémié et présentait déjà un aspect cachectique. J'hésitai tout d'abord, tant mon impression fut mauvaise, à le recevoir dans mon service et l'adressai à M. Lucas-Championnière, qui me le renvoya aussitôt en disant qu'il n'avait rien à lui faire. Bien persuadé que je n'obtiendrais jamais la cicatrisation d'une ulcération de cette nature et de cette étendue chez un sujet aussi affaibli, je consentis cependant, par pitié, à essayer divers traitements : lavages avec une solution concentrée de chlorate de potassse, pommade à la résorcine et au chlorate de potasse, grattages superficiels; les résultats furent peu satisfaisants. Le 5 avril, pour la première fois, on employa la poudre d'aristol.

L'effet fut presque immédiat. En cinq ou six jours, on vit la cicatrisation se faire vers les parties centrales et s'étendre rapidement. Le 12 et le 19 avril on fit de légers grattages des bords de la néoplasie; en quarante-huit heures, la cicatrisation était parfaite en ces points.

Aujourd'hui, après vingt jours de traitement, les résultats sont réellement remarquables et bien supérieurs à ceux que peuvent amener les autres topiques : chlorate de potasse, iodoforme, iodol, salol, résorcine, etc. L'aristol ne provoque pas de douleurs, comme le chlorate de potasse; il n'a pas d'odeur et ne peut faire craindre une intoxication, comme l'iodoforme.

Y aura-t-il récidive? On ne peut encore rien dire. D'ailleurs ce n'est point là un traitement héroïque de l'épithélioma, même superficiel; l'aristol est seulement remarquable par ses propriétés cicatrisantes; il ne pourrait s'employer ni dans l'épithélioma profond ni dans l'épithélioma des muqueuses.

M. Brocq a également essayé l'action de l'aristol sur les syphilides tertiaires ulcérées, sur les ulcérations tuberculeuses, et les effets ont été excellents. Sur les ulcères de jambe, l'action cicatrisante est la même que celle de l'iodoforme et du sous-carbonate de fer. Sur le psoriasis et le lupus non ulcéré, les résultats ont été peu satisfaisants, quoi qu'en aient dit certains dermatologistes allemands.

Chimiquement, l'aristol est un bi-iodure de dithymol; il se présente sous forme d'un corps amorphe, rouge brun, inodore. Il est insoluble dans l'eau, la glycérine, peu soluble dans l'alcool, soluble dans l'éther et le chloroforme; il se dissout aussi dans les huiles grasses.

Il a été préparé pour la première fois par MM. Messinger et Vortmann.

On peut l'employer en poudre ou en pommade.

— M. Dieulafoy présente un malade atteint d'atrophie aiguë du membre supérieur droit, et pour lequel il demande l'avis de la Société.

L'atrophie porte sur les éminences thénar et hypothénar, les lombricaux, les interosseux, les muscles de l'avant-bras et du bras; l'atrophie das muscles de l'épaule est complète. La marche a été suraiguë, puisque le début ne date que de cinq à six semaines.

Le malade présente, en outre, une tumeur volumineuse, dure, occupant toute la région cervicale du côté droit, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à l'angle externe de l'omoplate. On détermine facilement dans cette tumeur un bruit hydro-aérique qui se produit même lorsque le malade tourne la tête ou fait un mouvement brusque.

Toute la région est indolore, sauf un point très restreint au niveau de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Les muscles de la région dorsale paraissent sains.

M. Dieulafoy demande l'avis de la Société sur le diagnostic à porter et sur le choix d'un moyen thérapeutique.

Le malade a 29 ans; sa santé habituelle était bonne. Vers la fin de décembre dernier, il eut une légère grippe. Le 2 ou 3 janvier, apparition de douleurs très vives dans le poignet, le coude, l'épaule, du côté droit. On pensa à une attaque de rhumatisme et on donna du salicylate de soude, 3, 4, 5 et 6 grammes par jour, pendant un mois; on employa même le chloral, tant les douleurs étaient vives. Au bout de ce temps, elles s'amendèrent peu à peu, disparurent, et le malade put reprendre son travail.

Cette première phase, phase douloureuse, dura donc du 2 janvier au 20 février. Survinrent alors, dans les doigts de la main droite, des raideurs qui, peu à peu, empêchèrent le malade d'écrire et d'exécuter tous les petits mouvements de la main.

Cette deuxième phase, phase de raideurs, dura jusqu'au 15 mars.

A ce moment commença une troisième période, pendant laquelle on vit se produire une atrophie rapide de tous les muscles du membre supérieur droit. La main fut atteinte la première; quelques jours après, les muscles de l'avant-bras et du bras furent pris.

Il n'y a eu, en même temps que ces troubles trophiques, ni paralysie, ni troubles de la sensibilité.

La tumeur cervicale s'est montrée vers la fin de mars. Son développement a été très rapide; en quatre ou cinq jours, le cou était devenu très volumineux.

M. Dieulafoy demande l'opinion de la Société. A quoi est due cette atrophie à marche rapide? Y a-t-il une relation entre l'atrophie et la tumeur cervicale? Quelle est la nature de cette tumeur? Enfin que faut-il faire? car la tumeur s'accroît rapidement; bientôt elle envahira le thorax.

Répondant à diverses questions, M. Dieulafoy répète que la santé générale est parfaite; il n'y a rien dans les antécédents; le malade n'est ni syphilitique ni tuberculeux; il n'a eu ni zona ni aucune autre éruption. Les muscles atrophiés n'ont pas été paralysés, il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

(Personne ne propose de diagnostic. On est seulement d'avis qu'il faut pratiquer une ponction exploratrice et être tout prêt pour une intervention chirurgicale. M. Chauffard propose une ponction suivie d'une injection d'huile iodoformée.)

— M. Comby : La plupart des cas de fièvre intermittente que l'on rencontre à Paris sont d'origine extérieure. Cependant l'affection peut se développer dans l'enceinte même de la ville, même en l'absence de grands bouleversements de terrain.

Le 24 mars dernier, M. Comby eut à soigner un enfant de 14 mois, nourri au sein et d'une bonne santé antérieure ; six semaines auparavant, vers cinq heures du soir, cet enfant fut pris d'un accès paludéen qui dura douze heures : 1° d'abord une première phase de pâleur, de refroidissement, dont la durée fut de trois heures et qui représentait le stade de frisson des adultes ; 2° une phase de réaction fébrile, bientôt suivie d'un flux pituitaire très abondant, remplaçant le stade des sueurs. L'enfant eut en outre quelques secousses convulsives.

Huit jours après, nouvel accès ; trois jours plus tard, troisième accès et ainsi de suite jusqu'au cinquième.

Malgré l'apyrexie et l'absence des phénomènes généraux pendant les périodes intermédiaires, la santé s'altéra ; l'enfant maigrit.

La rate était sensible à la percussion sur une hauteur de 9 centimètres et sur une largeur de 5 centimètres ; son extrémité inférieure dépassait de 3 centimètres le bord de la dernière côte.

On devait donc songer à l'impaludisme.

L'enfant, né à Paris, ne l'a jamais quitté. Depuis sa naissance, ses parents habitent la rue des Ecluses-Saint-Matin, près du canal ; sa mère le promenait souvent sur les quais. Or, pendant les mois de janvier, février et mars, le canal a été vidé à plusieurs reprises et transformé en une sorte de marécage. Il y avait donc là un véritable foyer d'infection.

M. Comby a déjà vu, d'ailleurs, à La Villette, chez les riverains du canal de l'Ourcq, plusieurs cas d'impaludisme qui prouvent que l'affection peut se développer à Paris.

Tous ces cas ont été traités par le sulfate de quinine.

M. Balzer : On a vu, de tout temps, des cas de fièvre intermittente dans le quartier de l'hôpital Saint-Louis, et même dans l'hôpital, notamment sur les internes.

M. Netter a été une des victimes, en 1878. Il n'est pas douteux que le canal Saint-Martin ne constitue un foyer d'infection. On en trouverait une nouvelle preuve dans un cas de fièvre intermittente, qui s'est développé dans des conditions identiques à celles qu'indique M. Comby, et que M. Netter soigne en ce moment à Lariboisière.

M. Laveran : La fièvre intermittente peut se développer à Paris, mais cela est rare. Cependant, on pourrait faire quelques objections à M. Comby. Il est très rare, en effet, même en Algérie, de voir la fièvre intermittente se montrer pour la première fois en hiver. De plus, ces accès revenant tous les huit jours constitueraient une forme bien singulière de l'affection. Enfin, comme l'examen du sang n'a pas été fait, on doit conserver quelques doutes, malgré l'efficacité du sulfate de quinine.

M. Dumontpallier demande à M. Laveran s'il a eu l'occasion d'observer des hématozoaires dans le sang de malades ayant pris leurs fièvres à Paris.

M. Laveran n'a observé que des malades ayant contracté leur affection en Afrique ou aux colonies. Mais, à Berlin, les parasites ont été trouvés dans des cas développés à Berlin même.

FORMULAIRE

Liniment contre les brulures.

Salol		1 gramme.
Huile d'olives	}	āā 70 —
Eau de chaux	}	

F. s. a. un liniment pour le pansement des brûlures. — N. G.

COURRIER

Les quarantaines. — M. Monod, directeur de l'Assistance publique, a eu récemment l'occasion d'exprimer dans les termes suivants son opinion sur la façon dont devrait être recruté le personnel médical à bord des paquebots :

« Nous voudrions que les médecins attachés aux paquebots fussent des agents du gouvernement, nommés, après concours, après que l'on aurait des preuves certaines de leur compétence.

« Avec de tels agents, aucune complaisance ne serait à craindre, nous serions sûrs après avoir consulté les livres de bord, de bien connaître l'état sanitaire du paquebot, et alors, comme le navire serait pourvu d'une étuve à désinfection, comme les mesures nécessaires auraient été prises, comme toutes les prescriptions auraient été observées, les quarantaines, excepté dans les cas de gravité marquée, deviendront absolument inutiles.

« Il faut espérer que les compagnies finiront par comprendre que là est leur intérêt aussi bien que celui du public. Alors nous pourrons donner satisfaction à l'opinion et supprimer presque toutes les quarantaines devenues inutiles. »

Création d'une Ecole du service de santé de la marine et de trois annexes. — Le Sénat et la Chambre des Députés ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. — Il est créé, près d'une Faculté de l'Etat, une Ecole du service de santé de la marine dont le siège sera désigné ultérieurement par décret. Dans cette Ecole, les élèves accompliront les trois dernières années de leurs études médicales et l'intégralité des études pharmaceutiques, moins le stage.

Art. 2. — Cette Ecole a pour annexes trois succursales, situées dans les ports militaires pourvus déjà d'une Ecole où les jeunes gens qui se destinent à la médecine navale suivent les cours de première année du doctorat en médecine, et où les étudiants en pharmacie sont admis à faire leur stage.

Art. 3. — L'Ecole principale fonctionnera à partir du 1er novembre 1890.

Art. 4. — Les mesures relatives à l'admission des élèves, au fonctionnement des Ecoles de médecine navale et à l'organisation générale du service et des cours d'application dans les Ecoles annexes seront réglées par décret présidentiel et par décision du ministre de la marine.

Art. 5. — Il sera pourvu aux dépenses nécessitées par cette institution au moyen des ressources générales du budget ordinaire de la marine. La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi d'Etat.

Asile pour les femmes enceintes. — Le Conseil municipal a voté la construction sur une partie retranchée du cimetière Montparnasse d'un asile pour les femmes enceintes, et dans les limites d'une dépense de 270,000 francs.

Docteur en médecine désirerait faire des remplacements en province ou être collaborateur d'un médecin de campagne ayant une clientèle trop étendue.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — L'**Emulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Lorsque, il y a cinq ans, M. Verneuil, dans le discours qu'il prononça à la séance d'ouverture du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Grenoble, s'éleva contre les abus qu'on faisait de certaines opérations, et proclama la nécessité de les restreindre, de revenir aux saines coutumes de la chirurgie française, il y eut dans une certaine partie de la presse médicale française, représentant l'opinion de divers chirurgiens de Paris et de la province, un véritable *tolle!*

Cependant, parmi ceux qui tiennent la tête de notre corps chirurgical, M. Verneuil n'était pas seul de son avis. Peu après ce discours, M. le professeur Trélat reprenait, sous une forme plus modérée peut-être, les mêmes arguments que son collègue, et concluait comme lui. L'an dernier, dans la préface de la 8e édition de la *Médecine opératoire* de Malgaigne, M. le professeur Le Fort attaquait plus vigoureusement encore que ses devanciers les nouveaux errements des chirurgiens à outrance. Et de trois.

Enfin, M. le professeur Guyon, dans le discours qu'il a prononcé à l'inauguration de son cours des maladies des voies urinaires, et dont nous avons reproduit divers passages dans notre numéro de mardi, a rappelé à

FEUILLETON

CAUSERIE

Mes causeries sur l'enseignement de la médecine et la manière dont on délivre les diplômes médicaux aux Etats-Unis m'ont valu d'un de nos lecteurs de Paris, Américain d'origine, la lettre suivante, que je m'empresse de vous communiquer.

« Cher docteur Simplissime,

« Je vous remercie pour mon pays de votre article, plus bienveillant pour notre médecine américaine que bien d'autres émanés de la plume de nos confrères. Tout en rappelant nos vices de forme, nos défauts dans notre système d'éducation, vous faites bien voir que beaucoup de nos Universités sont sérieuses, et que la tendance aux Etats-Unis est de s'efforcer de diminuer ces défauts et d'augmenter ce que nous avons déjà de bon. C'est pourquoi beaucoup de nos élèves, déjà munis d'un diplôme américain, s'en viennent comme moi, vous le savez bien, en Europe pour s'y perfectionner dans l'étude de la médecine et y acquérir un nouveau grade, dont vous ne contesterez pas à coup sûr la valeur, celui de docteur de la Faculté de Paris.

« Nous en sommes encore sur bien des points à l'état où vous étiez vous-mêmes, en

ses auditeurs la nécessité d'obéir aux véritables tendances de l'esprit français en recourant sans cesse à la science et en demeurant toujours sur le terrain clinique. Comme ses collègues Verneuil, Trélat et Le Fort, M. Guyon reconnaît et admet les progrès de la chirurgie opératoire, mais recommande de se mettre en garde contre l'abus qu'on pourrait en faire. « On se tromperait, dit-il, en pensant que le succès opératoire justifie toutes les tentatives, et qu'il peut absoudre les témérités. Nos actes doivent avoir pour sanction des bienfaits durables; nous les assurerons à nos malades en restant toujours en face des réalités cliniques, en ne cherchant que ce qu'elles permettent d'espérer. »

Avant tout, il faut faire appel à la séméiologie, base du diagnostic, qui seul peut donner au chirurgien l'autorisation d'agir. Tous les moyens doivent être mis en œuvre pour arriver à ce diagnostic : l'analyse anatomique, bactériologique, chimique, les inoculations de produits morbides, les diverses explorations que nécessite tout examen chirurgical, même l'incision exploratrice, mais seulement après avoir essayé tous les autres moyens. Si « la démonstration de l'utilité de l'incision exploratrice est aujourd'hui bien faite..... celle-ci ne saurait néanmoins se substituer aux autres procédés de diagnostic. En le pensant, on se ferait des illusions que ne comporte pas la clinique. Son emploi, soumis à des règles précises, à des indications positives, *n'est vraiment justifié que dans un petit nombre de cas.* »

Notre éminent maître dit encore que l'intervention opératoire ne permettra jamais de se passer de l'observation; qu'on tomberait dans une singulière et grave erreur si l'on supposait qu'elle résume et embrasse à elle seule le traitement de tous les cas qui relèvent de la chirurgie; que la méthode non sanglante, dont la supériorité dans bien des cas est indéniable, a conservé et conservera son rang...

Qu'ont dit de plus ou de moins ses devanciers? En présence de l'opinion formelle de quatre professeurs de clinique chirurgicale de la Faculté, les partisans des opérateurs à outrance seront bien forcés de reconnaître

---

France, avant la Révolution de 1789, si j'en crois un excellent article de M. Feltz, publié dans la *Revue médicale de l'Est*, 1er mars 1890.

« Dans son étude rétrospective sur l'enseignement supérieur en France, j'y lis en effet qu'il y avait, du temps de l'ancien régime, des Facultés qui ne faisaient plus que conférer des grades, qui n'avaient plus, pour ainsi dire, d'études médicales. C'étaient des officines où, d'après Guy Patin, « on baillait trop aisément du parchemin pour de l'argent ». L'instruction pratique de la médecine était inconnue. A Paris et à Montpellier, il n'y avait ni dissections ni cliniques; les élèves voyaient à peine deux cadavres par an, sur lesquels le professeur montrait tant soit peu de médecine opératoire; tout se bornait à de rares leçons théoriques, à commenter de temps en temps un aphorisme d'Hyppocrate, à présenter de loin en loin une pièce anatomique préparée par un démonstrateur royal, à suivre quelques herborisations dans le Jardin botanique du roi, où le professeur étudiait les caractères et les vertus des plantes, et à assister parfois à des manipulations chimiques du distillateur royal.

« Aussi comprend-on que les premiers sujets d'observation et d'opération étant les premiers clients des jeunes médecins, Diderot ait pu se permettre ce mot cynique, en parlant du jeune praticien : « S'il devient un habile homme, c'est à force d'assassinats! »

« Dans certaines Facultés de province, composées d'un ou deux professeurs, ceux-ci se permettaient de conférer les grades avec la plus grande facilité; ils ne les refusaient, comme l'affirme Pierre Hullin, qu'à ceux qui ne pouvaient en payer les frais : « Avec une bourse d'or, dit-il, on sera mieux reçu qu'avec la thèse la plus savante. »

qu'avant de prendre le bistouri il faut avoir tout fait pour être en possession d'un bon diagnostic, et épuisé les ressources de la thérapeutique pharmaceutique, balnéaire, etc., non sanglante en un mot.

— Les communications de MM. Périer, Polaillon, Le Dentu et J. Bœckel sont des exemples de ce que peut faire la saine thérapeutique chirurgicale basée sur un diagnostic exact.

Que M. Bœckel me permette une remarque à propos du mot *entérostomie* qu'il a employé pour désigner un anus contre nature. La terminaison *stomie* signifiant *bouche*, ce n'est donc pas à elle qu'il faut avoir recours, mais à *tomie*, qui veut dire *incision*. Dans le cas particulier, il s'agissait de l'ouverture de l'intestin pour en évacuer le contenu. M. Bœckel a donc fait une *entérotomie* et non une *entérostomie*. — L.-H. P.

Considérations sur la prophylaxie et le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 22 mars 1890,

Par le docteur Ch. ABADIE.

La discussion retentissante qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine, sur la tuberculose, a montré de nombreuses divergences d'opinion.

Pourtant, l'accord semble avoir été unanime sur un point, capital il est vrai, la virulence des crachats. Quand, desséchés et mélangés aux poussières atmosphériques, ils pénètrent dans les bronches, envahissent le tissu pulmonaire, l'infection peut avoir lieu. Ce mode de contagion paraît solidement établi et par la clinique (épidémie relatée par Marfan) et par les expériences de Cornet. Il fallait donc surtout insister sur ces faits, d'autant plus que la contagion ainsi présentée n'inspire plus de terreur à ceux qui approchent les phthisiques; il suffit de surveiller leurs crachats et de les détruire.

« La concurrence, écrit l'agrégé Lehorier en 1780, a transformé les Facultés en boutiques ou magasins de parchemins, où l'on trouve, moyennant finances, provisions de bacheliers et de licences.

« Les étudiants, d'ailleurs, ne travaillaient guère plus chez vous que dans celles de nos Universités que vous avez blâmées. Ils ne passaient par les collèges de chirurgie de Montpellier ou de Paris que pour se créer un titre et être reçus maîtres dans un collège inférieur quelconque, où il en était comme dans certaines Facultés de médecine : on y trafiquait des grades, on en donnait de spéciaux pour les campagnes et pour les villes.

« Aussi tous les cahiers de 1789 réclamaient-ils la réforme de l'enseignement médical, la suppression des abus, la création d'un nouvel ordre de choses. Toutes ces doléances se trouvent résumées dans l'expressive attestation de Boulogne-sur-Mer. « L'impéritie des médecins et des chirurgiens est telle qu'elle coûte à l'Etat plus de citoyens que dix batailles ne lui en feraient perdre. »

« Aujourd'hui, heureusement, et depuis longtemps, vous avez comblé, sinon toutes les lacunes de votre enseignement, du moins beaucoup d'entre elles; aussi les étrangers sont-ils heureux de venir compléter leurs études chez vous, sachant bien d'avance qu'ils y trouveront science et bon accueil..... »

***

J'ai été curieux, comme bien vous pensez, de lire moi-même le discours de M. Feltz,

J'ai été fort surpris d'entendre, dans cette discussion, un des orateurs les plus éloquents s'élever contre les inconvénients qu'il y aurait à initier le public aux dangers provoqués par les crachats desséchés, alors que, depuis longues années, considérant lui-même la tuberculose comme contagieuse, il conseillait la séparation des conjoints et l'isolement des sujets contaminés.

Mais voilà précisément ce qui jettera l'effroi dans le public et rendra la vie intolérable aux tuberculeux et à ceux qui les soigneront.

Vous semblez dire que le fait seul de vivre dans le voisinage d'un phthisique suffit pour contracter cette terrible maladie. C'est pourtant le contraire qui semble démontré. N'a-t-on pas prouvé, en effet, que l'air expiré ne renferme pas de bacilles, que ceux-ci sont exclusivement contenus dans les crachats et qu'il suffit donc de s'en préserver pour se préserver de la maladie elle-même. L'observation clinique, du reste, est parfaitement conforme à ces données théoriques. Voyez la statistique qui a été faite avec grand soin sur ce sujet spécial par notre distingué collègue M. le docteur Leudet. Elle montre que, sur 112 veufs ou veuves de phthisiques avérés, tous ou presque tous ont vécu indemnes de toute maladie des voies respiratoires, et cela à une époque où, ne connaissant pas la virulence des crachats, on ne prenait aucune précaution.

Combien la phthisie conjugale serait plus fréquente si la contamination avait lieu autrement que par les bacilles contenus dans les crachats.

La question de la réceptivité et de l'état réfractaire, à laquelle on veut faire jouer un si grand rôle, est encore fort peu élucidée. Il paraît bien incontestable que certaines circonstances favorisent singulièrement la réceptivité. La preuve en est dans la fréquence excessive de la phthisie chez les diabétiques et les alcooliques avérés. Mais, par contre, on peut se demander s'il existe réellement des individus absolument réfractaires à la tuberculose. D'après les données fournies par l'observation clinique pure et simple, cela semble déjà inadmissible. Nous voyons, en effet, parfois des hommes ayant toujours joui d'une santé parfaite, sans la moindre tare

---

qui avait si fort intéressé mon ami. Il est en effet fort intéressant, car il contient des détails déjà bien oubliés sur nos anciennes Universités et qui ont été rappelés au jour par notre éminent directeur de l'enseignement supérieur, M. Liard, dans son livre sur l'*Enseignement supérieur en France, de 1789 à 1889*. Il en est surtout sur la Faculté de médecine de Paris que vous me saurez gré de vous donner à mon tour.

Paris a sept chaires de médecine en 1789 : accouchement, physiologie, pathologie, pharmacie, chirurgie française, chirurgie latine et matière médicale. Le nombre des étudiants est minime; on ne trouve en effet, en 1789, que 98 inscriptions, le premier trimestre; 92, le second; 81, le troisième, et 102, le quatrième. Le chiffre de grades conférés est des plus modestes; il n'y a que 7 doctorats en 1785.

Les frais sont énormes, ce qui explique peut-être la rareté des doctorats : d'abord, un droit fixe d'inscriptions de 7 livres 10 sols par trimestre, et ensuite le coût des multiples examens, des thèses et des cérémonies exigées pour la licence et le doctorat en médecine. Il faut débourser, pour devenir docteur régent de Paris, en dehors des inscriptions, près de 7,000 livres dont voici le détail :

Examen de physiologie	900 livres.
— de matière médicale	696 —
Thèses de physiologie	333 —
— d'hygiène	256 —
— de pathologie	148 —
— de chirurgie	357 —

pathologique personnelle ou héréditaire, contracter la tuberculose et succomber.

Il importerait donc de savoir si l'agent virulent, le bacille de Koch, étant déposé dans un alvéole pulmonaire dont l'épithélium n'est pas intact, peut ou non se développer, quelle que soit, du reste, la constitution de l'individu réunissant cet ensemble de conditions.

Si la pathogénie de la tuberculose pulmonaire reste encore obscure, en dépit des nombreuses recherches de laboratoire, la cause en est peut-être au côté défectueux de ces expériences et des déductions qu'on cherche à en tirer pour la clinique.

D'ordinaire, on emploie comme animaux d'épreuve le lapin et le cobaye, dont la réceptivité pour la tuberculose est tellement excessive qu'il est difficile de reconnaître et d'apprécier l'intensité virulente du microbe inoculé.

Les animaux succombent rapidement à une tuberculisation généralisée, mais qui, il faut l'avouer, ne ressemble guère à la tuberculose pulmonaire, dont l'évolution est quelquefois si lente.

Cette réceptivité extraordinaire peut fausser les résultats et induire en erreur quand on veut les appliquer à la clinique.

C'est ainsi, par exemple, qu'à l'heure actuelle, la plupart des abcès froids, des suppurations osseuses chroniques, des tumeurs blanches sont considérés comme des tuberculoses locales dues au bacille de Koch. Et cela uniquement parce que le bacille contenu dans ces produits morbides présente les mêmes caractères apparents que le bacille de la tuberculose pulmonaire et que, inoculé au lapin et au cobaye, il provoque aussi une tuberculose généralisée.

Eh bien, je me demande si de ces expériences on est autorisé à tirer des conclusions aussi importantes et aussi générales. Il me semble qu'en bonne logique on serait simplement en droit de dire que ce bacille des tuberculoses dites locales tue les lapins et les cobayes à peu près de la même façon que le bacille de la tuberculose pulmonaire.

Peut-être qu'en se servant comme réactif d'un animal dont la récepti-

---

Examen d'anatomie	357	livres.
— d'opérations	258	—
— de pratique	1,420	—
Vespérie et doctorie	1,120	—
Régence	812	—

M. Liard a retouvé l'emploi de ces sommes : « Outre les droits répartis par tête entre les examinateurs, il y avait de fortes dépenses pour les fêtes, festins et réjouissances, dont certains examens étaient encore l'occasion, comme au temps de Ramus. Les candidats payaient tout : vin, pain, pâtes, dragées, gants, robes, langues, cervelas, tapisseries, décorations, carrosses, bouteilles et verres cassés. couverts et bougies. Dans le compte relevé plus haut, les frais d'examen de pratique et de la cérémonie du paranymphe qui l'accompagnait montaient à mille quatre cent vingt livres pour chacun des sept candidats reçus en 1785; sur la somme totale, plus de sept cents livres, au juste cent livres quinze sols par candidat, passaient aux frais accessoires : pièces aux suisses et concierges de Notre-Dame; à ceux de l'Archevêché, trente-sept livres quatre sols; boîtes de dragées au Doyen, au Chancelier et à l'Archevêché, soixante-deux livres; tentures et tapisseries, cent trente-six livres; déjeuners et diners, cent soixante-sept livres quatre sols; location de robes, quatre livres six sols; carrosses, vingt-huit livres huit sols; bière, vin, échaudés, petits pains, vingt-une livres dix sols; location et blanchissage des rabats, douze livres douze sols. »

vité pour la tuberculose serait moins grande, on arriverait à trouver que le bacille des tuberculoses dites locales n'est pas le même que le bacille pulmonaire. Il est bon de rappeler à ce propos que le bacille de Koch et le bacille de la lèpre ont une similitude parfaite et ils engendrent néanmoins deux maladies essentiellement différentes qu'il nous est impossible de confondre cliniquement.

Pour que ces études de laboratoire devinssent réellement profitables à la clinique, au lieu d'être peut-être une source d'erreur, il faudrait qu'on trouvât un animal dont la réceptivité pour le bacille de Koch fût à peu près la même que celle de l'homme, et qu'on pût provoquer chez cet animal une phthisie pulmonaire analogue à celle de l'homme. Alors on pourrait faire non seulement des études de pathogénie, mais aussi des études de thérapeutique impossibles avec les lapins et cobayes qui succombent toujours avec trop de rapidité.

Les difficultés sont grandes, j'en conviens, car, à l'encontre du cobaye, le chien et le rat paraissent, eux, réfractaires à la tuberculose.

Mais on pourrait peut-être tourner la difficulté de la façon suivante :

Récemment MM. Charrin et Roger ont montré par des expériences ingénieuses qu'en affaiblissant l'organisme par le surmenage (marche forcée dans une roue tournante, comme l'écureuil dans sa cage) on augmentait sa réceptivité. Peut-être pourrait-on arriver au même résultat par une alimentation insuffisante assez longtemps prolongée.

Si, par ces divers moyens, il était possible de graduer à volonté, pour ainsi dire, le degré de la réceptivité du chien, en lui inoculant dans la trachée et les bronches des liquides renfermant des bacilles, en lui faisant respirer de l'air contenant des bacilles desséchés en suspension, on arriverait peut-être à provoquer une véritable phthisie pulmonaire analogue à celle de l'homme; alors on pourrait réellement faire des observations et des tentatives thérapeutiques utiles.

Quoi qu'il en soit, une notion bien importante se dégage des connaissances précises que nous possédons déjà sur la tuberculose pulmonaire,

---

Nos laboratoires et amphithéâtres d'anatomie, si richement dotés et si bien outillés aujourd'hui, ne l'étaient guère à cette époque. On peut s'en faire une idée par les chiffres suivants : Etaient consacrés, en 1782, à la Faculté de médecine de Paris, au cours d'opérations, 124 livres 12 sols; au cours d'accouchements, 83 livres; au cours d'anatomie, 125 livres 12 sols; au cours de pharmacie, 44 livres. La plus grande partie de ces frais de cours allait au personnel : « Sur les 124 livres 12 sols du cours d'opérations, par exemple, les professeurs prélevaient 30 livres; les démonstrations, 30 livres; les officiers, 24 livres; le suisse, 10 livres; il n'était resté que 34 livres 12 sols pour achat, transport et préparation de deux cadavres. » *Ab uno disce omnes!*

*
* *

Le livre de M. Liard a été beaucoup lu, cela se comprend, par nos jeunes professeurs, aussi bien que par les anciens, et beaucoup cité dans les leçons d'ouverture dans ces dernières semaines. Notre ami Pinard y a, comme les autres, puisé les documents qui lui étaient nécessaires. Citons-en un :

« Alors, dit M. Liard, que de tous côtés on réclamait contre l'insuffisance de l'enseignement donné par la Faculté, alors qu'elle était sans rapport avec les hôpitaux, c'est-à-dire ne possédait ni clinique interne, ni clinique externe, elle est seule à ne pas s'émouvoir; elle s'assemble périodiquement pour discuter sur les maladies courantes; elle donne son avis sur mille sujets : par exemple, sur les bains de la Samaritaine, sur

c'est qu'elle commence tout d'abord par une lésion locale, au lieu d'être, comme on le croyait jadis, d'emblée une affection générale.

Au point où le bacille de Koch a pris pied, il s'établit une lutte entre lui et les éléments organiques qu'il est destiné à détruire. Ce conflit est d'abord circonscrit en un point, et le reste de l'organisme n'y prend aucune part; ce n'est qu'ultérieurement, quand la lésion locale est très avancée, que d'autres facteurs interviennent : diminution d'étendue de la surface pulmonaire, irritation, congestion du tissu de voisinage, intoxication par les substances toxiques sécrétées par les microbes, introduction dans les cavernes de micro-organismes nouveaux; complications qui entraînent la déchéance progressive de l'organisme et précipitent l'issue finale.

La tuberculose pulmonaire étant donc à l'origine purement locale et ne progressant qu'avec une certaine lenteur, si on pouvait détruire sur place l'agent virulent, on guérirait le malade. Les tentatives thérapeutiques devraient surtout être dirigées de ce côté; nous ne nous dissimulons pas qu'elles présentent des difficultés considérables, mais, à notre avis, non insolubles. C'est surtout par la perfection de l'outillage, la possibilité de déterminer le siège de la lésion, dès le début, le choix judicieux des antiseptiques, de leur degré de concentration qu'on atteindra ce but.

Je n'ignore pas qu'à l'heure actuelle la suralimentation jointe à la vie au grand air ou à certaines altitudes élevées donne quelques bons résultats. Mais, néanmoins, il ne faut pas se borner là. L'observation attentive de toutes les maladies infectieuses d'origine microbienne démontre clairement que, s'il est important de soutenir les forces de l'économie, il est encore bien plus important de combattre sur place les germes pathogènes et d'enrayer leur évolution. Voyez la part considérable qui revient aujourd'hui au traitement local de la diphthérie. Prise au début et combattue localement avec énergie, on l'arrête presque à coup sûr; si, au lieu d'agir ainsi, on s'efforce de soutenir simplement les forces du sujet, il succombe.

Les médicaments ingérés dans le tube intestinal ou injectés sous la peau

---

un chocolat de fabrication récente, sur un nouvel étamage; pas un mot dans ses registres qui ait trait à l'amélioration de l'enseignement. »

L'enseignement des accouchements, vers 1830 encore, était des plus précaires. Pour faire comprendre la situation des étudiants qui désiraient apprendre les accouchements à cette époque, M. Pinard cite une page de Siebold dans laquelle il donne la relation d'un voyage qu'il fit à Paris en 1831.

« Je fus, dit-il, peu satisfait de l'état des choses concernant ma spécialité à Paris. Je fus très désagréablement impressionné par les affiches placardées à tous les coins des rues et annonçant des cours d'accouchements par tel ou tel professeur. J'avais été très froidement reçu par les Français auxquels je me présentais comme professeur d'accouchements en Allemagne, jusqu'à ce qu'un de mes amis me conseillât de m'annoncer en qualité de professeur de la Faculté de médecine de Marbourg. Dès lors, je fus généralement accueilli avec bienveillance. Cela se comprend : à Paris, tout le monde est professeur. Il y a des professeurs de danse, d'escrime, d'écriture, et des professeurs pour les chiens. J'en ai rencontré de ces derniers sur le Pont-Neuf, où ils stationnaient avec leurs élèves, qu'ils mettaient en vente après les avoir éduqués. Même des sages-femmes annonçaient, par des enseignes, des écriteaux, des écussons, qu'elles tenaient des cours d'accouchements à l'usage des étudiants. J'ai copié une de ces annonces qui m'avait frappé. Elle était ainsi conçue :

Madame Dutilleux, *maîtresse sage-femme jurée*, reçue par la Faculté de médecine de Paris, enseignant avec autorisation depuis nombre d'années la chirurgie des accouche-

ne peuvent avoir une action curative bien puissante, car, avant d'arriver en contact avec le bacille pathogène, ils sont tellement dénaturés ou dilués qu'ils n'ont plus prise sur la virulence des microbes.

A cet égard, les travaux de laboratoire sont des plus instructifs ; ils nous montrent que des microbes comme celui de la tuberculose et autres d'aspect et de virulence analogues exigent. pour perdre leur puissance de pullulation et leurs propriétés pathogènes, un contact prolongé avec des substances antiseptiques concentrées. Les solutions doivent être d'au moins 5 p. 100 pour l'acide phénique, de 1 p. 1,000 pour le sublimé. Dès lors, comment espérer agir efficacement sl l'on passe par l'économie toute entière,

Pour intervenir avec chance de succès, il faudrait agir à l'endroit même où siège le bacille et attaquer directement le foyer morbide, le tissu envahi. En vain objectera-ton que cette pratique est dangereuse, que le tissu pulmonaire se révolte facilement contre les injections irritantes, qu'il est téméraire de pénétrer ainsi dans le poumon à travers la cavité pleurale ; je ne conteste pas ces difficultés, mais je dis qu'elles ne sont pas insurmontables. En perfectionnant l'outillage, en agissant à petites doses répétées, en faisant des canules extrêmement fines qui ne provoqueront aucun délabrement des tissus, on arrivera à obtenir une action efficace.

A l'appui de cette manière de voir, je ne saurais mieux faire que de citer quelques exemples empruntés à l'ophthalmologie. L'œil est certainement un organe dont la délicatesse, la réaction vis-à-vis des agents irritants est au moins aussi grande que celles du poumon. Or, voici ce qu'on observe : quand la cornée a été légèrement érodée et que des microbes pathogènes, d'ordinaire le staphylococcus aureus qui séjourne souvent dans le sac lacrymal, ont été mis en contact avec le tissu cornéen, il survient une kératite suppurative, infectieuse qui aboutit fatalement à la destruction totale de la cornée. Avant ces dernières années, on essayait bien de remonter l'état général pour permettre, comme on disait, à l'individu de lutter contre sa lésion, mais on n'obtenait jamais de guérison. Que fait-on, aujourd'hui? on cautérise avec un fin galvano-cautère rougi à blanc le foyer infectieux,

---

ments pour messieurs les élèves en médecine, tant nationaux qu'étrangers, continue ses cours journaliers de théorie et de pratique pendant toute l'année scolaire. Mme Dutilleux continue de recevoir comme pensionnaires les dames enceintes à toutes les époques de la grossesse, etc.

A ma question : pourquoi on manquait d'un établissement aussi nécessaire aux étudiants, sans lequel toutes les leçons ne pouvaient être que théoriques, on me répondit à plusieurs reprises : « C'est contre la moralité. » La moralité et Paris!...

*
* *

Comparés à ce qu'ils étaient en 1789, les appointements de nos professeurs sont fortement améliorés. Ils sont moins élevés, cependant, que ceux des professeurs des Universités écossaises.

En effet, le *British médical Journal* du 1er mars 1890 (p. 502) donne la valeur relative des différents postes médicaux dans ces Universités pour l'année 1890. Et nous voyons avec étonnement les chiffres suivants :

A Edimbourg : Balfour, professeur de botanique, 54,735 francs; M. Rutherford, institutes of medicine, 64,525 fr.; A.-C. Brown, chimie, 85,600 fr.; Sir William Turne, anatomie, 75,000 fr.; A.-L. Simpson, accouchements, 60,275 fr.; T. Grainger Stewart, physique, 38,275 fr.; T.-D. Fraser, matière médicale, 55,875 fr.; Th. Armandale, clinique chirurgicale, 26,700 fr.; Sir Douglas Maclagan, jurisprudence médicale, 23,835 fr.; John Chiene, chirurgie, 40,375 fr.; W.-S. Greenfield, pathologie, 58,775 fr.

et la guérison est la règle. Mais, pour que ce grand progrès thérapeutique oculaire ait pu s'accomplir, il a fallu d'abord qu'on envisageât sans effroi la tentative, qui jadis eût paru si hardie, de toucher l'œil au fer rouge; en second lieu, qu'on fût en possession d'un outillage perfectionné, d'un galvano-cautère extrêmement fin, rougi à volonté par la pile, permettant de circonscrire l'action destructive à un point très limité.

Comme je l'ai montré récemment à la Société d'ophthalmologie, on guérit fréquemment le décollement de la rétine en injectant sous le décollement une goutte d'une solution iodo-iodurée étendue de moitié d'eau. Il n'y a alors aucune réaction violente à craindre. Si, au contraire, on injecte une goutte de teinture d'iode pure, l'organe peut être définitivement compromis. Les questions de technique et de dose ont donc une importance capitale. Je n'ignore pas qu'on a déjà fait des injections intra-pulmonaires sans succès; mais, au lieu de les abandonner, il faut chercher encore en perfectionnant toujours, et je crois qu'on atteindra ainsi le but si ardemment désiré.

BIBLIOTHÈQUE

L'Arthritis : *Sa pathogénie et sa thérapeutique au point de vue des théories pastoriennes*, par le docteur Théophile Guyot, médecin résident de l'Ecole Monge. — S. Steinheil, 1890.

Ce livre est l'exposé d'idées fort originales sur la diathèse arthritique. D'après l'auteur, toutes les théories jusqu'à présent émises sur cet état constitutionnel sont vagues, confuses, et ne rendent pas suffisamment compte des diverses modifications morbides qui le caractérisent. Pour M. Guyot l'arthritis, avec ses deux grandes modalités, la goutte et le rhumatisme, est une maladie microbienne. L'agent parasitaire, encore inconnu, a un mode d'action tout particulier : dans les milieux où il se trouve, sa présence détermine certaines décompositions chimiques d'où résultent des dépôts de sels calcaires ou cristallins. Ces dépôts varient par conséquent avec la nature des milieux où le microbe se

---

Le *British medical Journal* dit qu'il emprunte cette liste à un document parlementaire. Il nous faut cette affirmation pour nous persuader que ce n'est pas une erreur. A Glasgow et à Aberdeen, les émoluments sont notablement moins élevés. Nous trouvons cependant, à Glasgow : John Cleland, chaire d'anatomie, 55,826 fr. Comme minimum : G.-A. Buchanan, clinique chirurgicale, 10,500 fr. A Aberdeen : J. Struthere, anatomie, 45,650 fr.; W. Stephenson, accouchements, 9,475 fr.

Sans doute voilà de beaux chiffres; mais je ne serais pas fâché de savoir pourquoi les uns ont tant et les autres si peu, et quelles obligations incombent aux uns et aux autres. Simplissime.

Pilules contre la bronchite des dysménorrhéiques.

Extrait d'aconit	1 gramme.
Extrait de jusquiame	1 —
Armoise pulv.	q. s. pour 20 pilules.

Une pilule, matin et soir, aux personnes qui éprouvent de la bronchite congestive occasionnée par la dysménorrhée. — Pour tisane, de l'infusion de fleurs pectorales, additionnée de sirop de safran. — Léger badigeonnage de teinture d'iode à la partie supérieure du thorax et entre les épaules. — Sinapismes aux membres inférieurs, tous les deux ou trois jours. — N. G.

développe. Ainsi s'expliquent la formation des concrétions calculeuses diverses : calculs biliaires, vésicaux ou rénaux, tophus, concrétions uratiques des articulations chez les goutteux, plaques athéromateuses des vaisseaux, etc., etc.

La théorie de l'athérome est assez curieuse. Le micro-organisme hypothétique, arrivé dans la tunique interne des vaisseaux, y déterminerait d'abord une prolifération des cellules et un exsudat, puis deviendrait « un centre d'appel » pour les substances cristallines ou calcaires. Aussi ces altérations, qui peuvent envahir complètement les parois des vaisseaux, sont-elles disposées tout d'abord « sous forme de pustules analogues à celles d'une fièvre éruptive ». Le processus serait le même pour les lésions de l'endocarde et du péricarde.

Un simple dépôt de sels calcaires n'expliquerait pas les néoformations ostéophytiques du rhumatisme chronique osseux. Aussi M. Guyot admet-il que l'apport ou le dépôt de sels calcaires dans un tissu ostéogène comme le cartilage est « l'excitant physiologique normal de l'ostéogénèse ».

La théorie microbienne de l'arthritis trouverait, suivant l'auteur, un solide appui dans les bons résultats dus aux médicaments employés d'ordinaire, et dont plusieurs sont des antiseptiques puissants (salicylate de soude, quinine, antipyrine, etc.). L'auteur regarde comme possible la découverte d'un spécifique métallique qui agirait sur l'arthritis comme le mercure sur la syphilis. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Les causes du furoncle, par le docteur C. Schimmelbusch. (*Arch. f. Ohr.*, vol. XXVII, 6e fasc., et *Annales des maladies de l'oreille*, 1889, 105.) — L'auteur a examiné un grand nombre de furoncles des régions les plus diverses et a toujours réussi à obtenir des cultures pures de staphylococcus albus, aureus ou citreus. Dans deux expériences, il a réussi à provoquer le développement de furoncles sur des malades condamnés par des frictions faites avec une culture de staphylococcus aureus. Le staphylococcus pyogenes serait donc la cause des furoncles.

Cependant, il ne faudrait pas croire que la pénétration du microbe a lieu dans les expériences par une lésion de la peau. L'examen microscopique a montré à l'auteur que la peau était intacte et, d'autre part, l'inoculation directe du microbe après la lésion artificielle de la peau à l'aide d'une aiguille n'a jamais donné lieu au développement d'un furoncle.

Quelle est donc la voie suivie par le microbe? L'examen microscopique ne montre que celui qui pénètre le long des poils. Les coupes reproduites à la suite du travail de l'auteur mettent ce fait bien en évidence. Les parties voisines ne participent que d'une façon secondaire à l'infiltration.

Il en est de même des glandes sudoripares, et par suite l'opinion de Langard, qui regarde la furonculose comme une maladie de la peau ayant son point de départ dans ces glandes, doit être rejetée. Des fragments enlevés sur des furoncles spontanés à leur début conduisent à la même conclusion.

Si la furonculose était surtout une affection des glandes sudoripares, on devrait rencontrer les furoncles le plus souvent là où ces glandes sont le plus nombreuses, sur la paume des mains et la plante des pieds; or, ils ne s'y rencontrent jamais, parce que, là, il n'y a pas de poils. La nuque, le dos et les fesses, où se trouvent le moins de glandes sudoripares, sont, au contraire, le siège de prédilection des furoncles.

La présence du microbe et celle d'une lésion de la peau n'étant pas suffisantes pour la formation d'un furoncle, il ne reste à faire intervenir qu'un facteur pour expliquer la réussite des expériences d'inoculation rapportées au début, ce facteur, c'est le frottement. Et, en effet, si l'on examine la peau après l'avoir frictionnée avec une culture de staphylococcus, on trouve ceux-ci accumulés contre le poil et engagés profondément dans le follicule. Les glandes sudoripares, au contraire, n'en renferment pas.

Il résulte de ce qui précède que, pour la formation d'un furoncle, il faut, d'une part,

la présence de staphylococcus pyogènes à la surface de la peau; d'autre part, un frottement qui les fasse pénétrer entre les poils et leurs follicules.

La présence et l'accumulation du microbe sont favorisées chez les gens malpropres, qui sont, en effet, plus sujets que les autres à la furonculose. D'un autre côté, le siège de prédilection des furoncles sur la nuque, vers la ceinture et sur les fesses s'explique par les frottements exercés sur ces régions par les vêtements pendant les divers mouvements du corps.

C'est ainsi que le soldat a le plus souvent des furoncles sur le cou frotté par le col de la tunique, sur le dos, où appuie le sac; le cavalier, sur la face interne des cuisses.

Que certaines cachexies favorisent la furonculose, cela est certain, mais les deux facteurs principaux sont la présence du staphylococcus et le frottement. Par suite, la propreté et le repos sont les meilleures conditions de guérison. — P. N.

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS D'AVRIL 1890.

N. B. — Les thèses précédées d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Du 1er au 15 avril. — Pas de thèses (vacances de Pâques).

Mercredi 16. — No 176. M. Bergès : De la disjonction épiphysaire traumatique de l'extrémité supérieure de l'humérus. (Président, M. Guyon.) — No 177. M. Henri Le Marc' Hadour : Contribution à l'étude du traitement chirurgical du pied-bot varus équin. (Président, M. Guyon.) — No 178. M. Baboun (Tsalka-Nissel) : Manifestations pleurales de la grippe. (Président, M. Straus.)

Jeudi 17. — No 179. M. Barazer (Jean-Laurent) : De la mort dans la paralysie générale. (Président, M. Ball.) — No 180. M. Miropolsky (Georges) : Traitement de l'arthrite blennorrhagique par le cataplasme de Trousseau. (Président, M. Dieulafoy.) — No 181. M. Malapert du Peux (Gaston) : Le lait et le régime lacté. (Président, M. Peter.) — No 182. Mme Miropolsky (Sophie) : La grippe à Paris et dans les hôpitaux en 1889-90. (Président, M. Peter.) — No 183. M. Faussillon (Gabriel) : Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil et de leur propagation dans le sinus et les cavités de la face. (Président, M. Panas.) — No 184. M. Tardivel (Achille) : Contribution à l'étude de la tuberculose d'origine cutanée. (Président, M. Duplay.) — No 185. Mlle Lévine (Ida) : Allaitement artificiel. (Président, M. Tarnier.) — No 186. M. Trintignan (Paul) : De l'œdème hystérique. (Président, M. Debove.)

Du 18 au 22. — Pas de thèses.

Mercredi 23 avril. — No 187. M. Porquier (Louis) : Des luxations divergentes du coude (radius en avant, cubitus en arrière). (Président, M. Lannelongue.) — No 188. M. Rouschias (S.-K.) : Des syphilides chancriformes des organes génitaux. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 24. — No 189. M. Voizot (Edmond) : Traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité (lavement électrique). (Président, M. Peter.) — No 190. M. Dijoud (François-Louis) : Traitement de l'épilepsie par le borate de soude. (Président, M. Dieulafoy.) — (*) No 191. M. Michaut (Paul) : Contribution à l'étude des manifestations de l'hystérie chez l'homme. (Président, M. Dieulafoy.)

Du 25 au 29. — Pas de thèses.

Mercredi 30. — No 192. M. Beynes (Eugène) : De la pérityphlite chez les enfants. (Président, M. Potain.) — (*) M. Clarot (Gaston) : Contribution à l'étude de la colotomie iliaque. (Président, M. Fournier.)

COURRIER

POLICLINIQUE DE PARIS. — La policlinique de Paris, sise, 23, rue Mazarine, et qui fonctionne depuis le 17 avril, sera officiellement inaugurée le dimanche 11 mai courant.

Hospice intercommunal de Fontenay-sous-Bois, Vincennes et Montreuil. — Nous signalerons la cérémonie de la pose de la première pierre de cet hospice qui vient d'avoir lieu sous la présidence de M. Poubelle, préfet de la Seine. La construction a été entreprise à l'aide des subventions des trois communes intéressées et d'une somme de 100,000 francs donnée par la préfecture de la Seine. Le coût de l'hospice sera d'environ 300,000 francs. Actuellement les communes intéressées ont demandé 70 lits sur 140 que pourra contenir l'établissement. Espérons qu'un grand nombre de communes suivront l'exemple que viennent de donner celles de Fontenay, Vincennes et Montreuil.

L'École de santé de marine. — L'*Officiel* a publié le texte de loi relatif à la création d'une école de santé de marine.

La commission chargée d'examiner sur place les titres des villes où sera établie l'École du service de santé de la marine se composera, selon toutes probabilités, de MM. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé et président du conseil supérieur de santé; Treille, médecin inspecteur du corps de santé colonial et président du conseil supérieur de santé des colonies; et L.-A Vincent, secrétaire du conseil supérieur de santé de la marine.

— La Société française d'ophtalmologie se réunira à Paris, le lundi 5 mai 1890, à huit heures et demie du matin, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Une réunion amicale aura lieu la veille, dimanche soir, à huit heures et demie du Grand-Hôtel (dans le salon de l'entresol, réservé pour la Société, et situé à droite de l'entrée).

(Dans l'intérêt général, chaque orateur est instamment prié de faire sa communication d'une façon aussi concise et succincte que possible).

— Le jury du concours pour trois places de médecin du Bureau central, qui doit s'ouvrir le 16 mai prochain, est provisoirement constitué de la manière suivante :

MM. Ballet, Descroizilles, Peter, Hayem, Millard, Quinquaud, Felizet.

— M. le docteur Magail, professeur à l'École de médecine de Marseille et chirurgien en chef de la Maternité de cette ville, trente-huit ans de services, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le dimanche 11 mai, à deux heures très précises, aura lieu l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du département de la Seine dans le petit amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président.

— Un membre de l'*American physiological Society* offre un prix de 1,250 francs pour le meilleur travail sur la régénération des nerfs spinaux chez les mammifères (homme compris) sans dégénérescence du bout périphérique, avec retour des fonctions, et sur la réunion du bout central et du bout périphérique de nerfs différents (médian et cubital, par exemple). On demande des faits physiologiques et histologiques.

Le prix sera décerné le 1er octobre 1891. (S'adresser à H. Newell Martin, à la *Johns Hopkins University*, à Baltimore.)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Claudel, médecin du Sénat; Darricau (de Linxe); Lagoutte (d'Autun); Martin, médecin-major de première classe, en retraite.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*), — *Troubles de la menstruation.* — Une cuillerée par repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Necker. — Professeur PETER.

Dyspeptiques et gastralgiques. Cancer de l'estomac et gastralgie par polygastrie.

(*Leçon revue par le professeur.*)

Messieurs,

Je commencerai à vous parler aujourd'hui des maladies de l'estomac et débuterai par l'étude de la plus lamentable de toutes, et cela à propos d'une malade couchée salle Trousseau, qui est atteinte de cancer de l'estomac. C'est une femme âgée de 61 ans, qui, sans jamais avoir eu un très vif appétit, digérait bien jusqu'en ces derniers temps. Il y a quelques semaines, elle vit son appétit diminuer en même temps que survenait un dégoût profond pour la viande, et, en général, pour toutes les substances azotées, même le pain; elle supportait encore assez facilement les légumes herbacés et le lait. Peu à peu cette anorexie, avec dégoût, augmenta et devint absolue et définitive. Or, Messieurs, lorsqu'un malade de 45 à 60 ans qui, jusque-là, avait des digestions bonnes, perd l'appétit et présente ce dégoût spécial et profond pour les substances azotées, on peut dire qu'il est atteint d'une affection organique, soit de l'estomac, soit de ses annexes : foie, pancréas ou duodénum.

Avant d'aller plus loin, je vous demande la permission de vous exposer en quelques mots la division physiologique des organes qui composent le tube digestif. Il y a des organes de passage et des organes de séjour. Dans les organes de séjour, les corps étrangers que l'on appelle « aliments » doivent séjourner pour subir une élaboration spéciale qui résulte de l'action d'une sécrétion particulière à chacun de ces organes. Dans les organes de passage, le pharynx, l'œsophage et les dernières portions du tube digestif, les sécrétions sont, au contraire, purement muqueuses et indifférentes. Dans l'organe de séjour, le contact du corps étranger remplit le rôle d'un irritant physiologique et provoque la sécrétion; il y a là une action réflexe comparable à celle qui se produit dans l'œil quand un petit corps étranger, une parcelle de charbon, par exemple, arrive sur la conjonctive; il y a alors une double action réflexe : la sécrétion de larmes par la glande lacrymale, les mouvements des paupières qui cherchent à expulser la petite scorie; cette expulsion est rendue plus facile, le corps étranger étant entraîné par les larmes.

Des actions semblables se produisent dans les organes de séjour du tube digestif. Dans la bouche, l'excitation de la muqueuse au contact de

l'aliment fait larmoyer les glandes salivaires qui sécrètent un liquide destiné, par la diastase, à modifier chimiquement les substances amylacées. Dans l'estomac, une révolte immédiate se produit au contact du corps étranger; de là deux actes réflexes : la sécrétion du suc gastrique, les mouvements péristaltiques. Le suc gastrique attaque immédiatement l'aliment et le corrode par l'acide chlorhydrique qu'il contient; les contractions de l'estomac multiplient les surfaces de contact en faisant mouvoir les aliments. Quand le suc gastrique a suffisamment agi, que le chyme est formé, la sensibilité spéciale du sphincter pylorique permet le passage du contenu stomacal dans le duodénum. Retenez surtout, de cette petite digression physiologique, que l'action de contact produit deux actes réflexes : une sécrétion et des mouvements.

Revenons maintenant à notre malade. Elle a un carcinome stomacal, et le premier phénomène fonctionnel qu'elle ait présenté, c'est la perte de l'appétit. Ceci, soit dit en passant, nous permet d'affirmer, malgré les physiologistes, que la sensation de la faim réside dans l'estomac. Pourquoi notre malade n'a-t-elle plus d'appétit? Parce que le cancer, non seulement a modifié directement la muqueuse et détruit localement des cellules à pepsine, mais de plus en a invalidé d'autres par hyperémie de voisinage. Or, je puis vous le dire dès maintenant, si nous ne pouvons rien sur le cancer, nous pouvons beaucoup sur cette hyperémie, et, en la faisant disparaître, nous ramenons en partie le sentiment de la faim.

Le vomissement est un deuxième trouble fonctionnel du cancer; il n'est pas constant. La malade dont je vous parle en a présenté quelques-uns au début; ils ne se sont guère reproduits, bien que la maladie ait une marche rapide, car c'est seulement à la fin de janvier qu'elle a présenté les premiers troubles stomacaux, et maintenant on trouve à la région épigastrique une tumeur volumineuse.

Permettez-moi, à ce propos, d'insister sur la palpation de l'abdomen, qui doit être faite avec précaution : il faut mettre la main à plat et avoir soin qu'elle ne soit pas trop froide (conseil déjà donné par Hippocrate). Dans le cas contraire, on provoque une révolte immédiate des muscles abdominaux, qui rendent la paroi rigide et ne permettent plus de sentir ce qu'il y a au-dessous. Quand on a laissé la main quelques secondes immobile, pour apprivoiser, pour ainsi dire, la paroi, une sorte de petit mouvement de reptation des doigts permet de la déprimer et de sentir les parties profondes. Si, au contraire, vous agissiez brutalement, vous n'arriveriez à aucun résultat.

En appliquant chez la malade ce mode d'exploration, j'ai pu immédiatement trouver la tumeur, qui est située au-dessous des fausses côtes gauches, dure, et est très étendue, puisqu'elle va de la grosse tubérosité à la grande courbure. Dans ces cas, il n'y a presque jamais de vomissements, tandis qu'ils sont, au contraire, très fréquents quand le pylore est envahi. Par contre, dans ce dernier cas, la tumeur est difficilement perçue, par suite de la situation du pylore, qui se cache sous le foie.

La malade n'a pas de douleurs; elles font, en effet, le plus souvent défaut. Il est nécessaire de presser un peu brutalement, de percuter un peu fort pour les provoquer.

Bien que sa maladie date de peu de temps, cette femme est déjà dans la cachexie. Elle a la décoloration des téguments, la teinte jaune paille spéciale, l'émaciation, la faiblesse et, enfin, une double *phlegmatia alba dolens*,

et son pouls est notablement augmenté de fréquence. Il est habituel de voir, dans la cachexie, un œdème périmalléolaire double. Ici, il y a plus que cet œdème, car l'infiltration dépend de la double oblitération veineuse; cette oblitération s accompagne de douleurs aux mollets, dans le creux poplité, sur la saphène et du développement d'une circulation supplémentaire veineuse qui tend à fournir une voie à la circulation entravée. Or, Messieurs, cette phlegmatia présente une importance clinique considérable. Je vous ai dit que la tumeur pouvait être impossible à trouver en cas de cancer du pylore; d'autre part, les troubles fonctionnels qu'il entraîne peuvent se voir dans la gastrite chronique. Mais alors, s'il y a phlegmatia, on peut dire que la dyspepsie est symptomatique du cancer. C'est Trousseau qui a découvert cette relation pathogénique, et qui a pu vérifier tristement sur lui-même la réalisation du fait et la réalité de sa découverte. En 1866, j'allais le voir le 1er janvier, lorsqu'il me dit : « Mon cher ami, plus de doute, je suis atteint d'un cancer de l'estomac, j'ai une phlegmatia alba dolens. »

Cette complication se produit par le fait d'une altération profonde de la crase du sang; elle est symptomatique de l'inopexie par hyperinose; il y a excès de fibrine par rapport aux globules. Les lieux d'élection de la coagulation sont les nids de pigeon qui se trouvent à l'embouchure de la saphène, dans la fémorale. La phlegmatia est toujours l'indice d'une cachexie : elle se voit dans la cachexie tuberculeuse comme dans la cachexie puerpérale aiguë. Un malade que nous avons actuellement dans nos salles présente, à gauche, une phlegmatia; à droite, de l'œdème cachectique; il est tuberculeux.

Le cancéreux a une grande partie de sa muqueuse stomacale détruite par la tumeur ou annihilée par l'hyperémie. Il doit donc y avoir chez lui moins d'acide chlorhydrique, ou mieux, *moins de suc gastrique sécrété*. Or, Messieurs, dans ce siècle de précision, où l'on cherche, avec raison et succès, à trouver la cause des troubles fonctionnels, on s'est préoccupé de l'état du suc gastrique dans la dyspepsie en général; chez le cancéreux, en particulier, il était très intéressant de savoir ce qu'il en était. Le procédé le plus rationnel pour examiner le suc gastrique consiste naturellement à extraire le contenu de l'estomac à l'aide du siphon; ce contenu est ensuite filtré et examiné par un des nombreux procédés qui ont pour but d'apprécier sa richesse en acide chlorhydrique. Malheureusement, l'introduction du siphon n'est pas toujours facile et il y a, de plus, des personnes qui refusent absolument de s'y prêter. Or, Gunsburg a très ingénieusement, je dirais volontiers très spirituellement, tourné la difficulté en utilisant la rapidité d'absorption de l'iodure de potassium. Communément, l'ingestion de cet iodure est suivie, au bout de cinq ou dix minutes, de l'apparition de l'iode dans la salive; Gunsburg s'est dit alors : Si je fais avaler l'iodure de potassium, quand l'iode apparaîtra dans la salive je serai sûr qu'il y a eu dissolution et absorption de l'iodure. Voici comment il a procédé : Il a pris de l'iodure de potassium, 15 centigrammes, et l'a mis dans un tube de caoutchouc dont il a fermé les bouts à l'aide de fils de fibrine; puis il a renfermé le tube dans une capsule de gélatine et a fait avaler le tout. Que se passe-t-il alors? La gélatine se dissout rapidement et le suc gastrique se trouve en contact avec le tube de caoutchouc; ce suc attaque les fils de fibrine, les liquéfie, et l'iodure de potassium se dissout et est absorbé. Or, plus vite le fil de fibrine est dissous, plus vite l'iodure apparaît dans

la salive; mais plus tôt l'iodure apparaît, plus riche est le suc gastrique en acide. Donc, de l'apparition plus ou moins rapide de l'iodure, on peut conclure à la richesse plus ou moins grande du suc gastrique en acide chlorhydrique.

Pratiquement, on opère de la façon suivante : A sept heures du matin, on fait prendre au malade un repas d'épreuve composé d'un œuf, d'un petit pain et d'un demi-verre d'eau; à huit heures, on administre la capsule, puis on fait cracher le patient dans une série de verres de quart d'heure en quart d'heure, et on recherche l'iode en versant dans la salive de l'eau amidonnée additionnée d'une petite quantité d'acide azotique; le liquide bleuit dès qu'il y a de l'iodure. Normalement, la réaction se montre une heure un quart après l'ingestion du tube; si elle se produit plus tôt, au bout de trois quarts d'heure, c'est qu'il y a trop d'acide, ou mieux trop de suc gastrique; si elle n'apparaît que plus tard, c'est qu'il y a moins d'acide chlorhydrique ou plutôt moins de suc gastrique. Chez notre malade, la réaction a eu deux heures et demie de retard.

On en conclut que, dans ces cas et dans les cas analogues, il y a « hypo » ou « ana-chlorhydrie ». Moi, je dis qu'il y a plutôt *oligo-gastrie*, c'est-à-dire *diminution de la sécrétion du suc gastrique*, par analogie à ce qui se produit dans le foie : « acholie » ou « polycholie. »

Dans d'autres cas, il y a augmentation de l'acide chlorhydrique (hyperchlorhydrie), ou mieux *plus de suc gastrique sécrété;* c'est, pour moi, de la *polygastrie*.

Chez notre malade, les cellules à pepsine sont les unes détruites, les autres hyperémiées; il y a nécessairement moins de suc gastrique sécrété. Il est évident que, chez les malades de ce genre, on ne peut rien contre la tumeur. Mais, Messieurs, nous ne connaissons que le cadavre du cancer de l'estomac, le cancer mort, le cancer de l'amphithéâtre, et, chez notre malade, il est très probable qu'il y a autour de ce cancer vivant de l'hyperémie, comme nous le voyons dans le cancer du sein, hyperémie qui invalide un certain nombre de cellules à pepsine, hyperémie que nous pouvons combattre avec succès par la révulsion au creux épigastrique.

Un de mes malades de la ville présentait un cancer de l'estomac non douteux qui se caractérisait par la tumeur et les troubles fonctionnels. Le médecin qui le soignait le considérait comme perdu à bref délai. Moi, je conseillai de placer un cautère, dont on entretiendrait la suppuration par un pois; M. Cüffer en surveilla l'application, et bientôt le malade alla mieux et put manger des aliments quaternaires, de la viande. Il survécut dix-huit mois et mourut d'une attaque d'apoplexie avec aphasie et hémiplégie droite. Nous avions modifié l'hyperémie et ramené à l'activité des cellules invalidées.

En dehors de ce traitement, il ne reste guère, dans le cancer de l'estomac, qu'à stimuler un peu l'appétit par les amers, dont le meilleur est la liqueur de Baumé, qui agit à la fois et comme amer et comme strychnée en faisant contracter le muscle. On en donnera de une à trois gouttes avant chaque repas; à la fin de ce dernier, il sera rationnel d'administrer une petite quantité d'acide chlorhydrique : dix gouttes dans 200 grammes d'eau et 50 grammes de sirop de Limon. On donnera une à deux cuillerées à soupe de cette préparation.

Je veux, Messieurs, vous dire, dès maintenant, quelques mots des gastralgies, c'est-à-dire des affections de l'estomac avec douleurs. Il y a des

individus qui souffrent beaucoup de l'estomac, et qui cependant, à l'inverse des cancéreux, conservent l'appétit. L'explication de ce fait est bien simple : « ces malades ont un bon estomac, mais ils ont une véritable folie du pneumogastrique stomacal ». Il y a une impressionnabilité excessive de ce nerf, et, à l'arrivée d'un corps étranger quelconque, un acte réflexe exagéré qui fait pleurer le suc gastrique, d'où surabondance de ce suc et trop d'acide chlorhydrique. Une fois que ce suc a attaqué les aliments, il attaque l'estomac, d'où la douleur; cette douleur n'apparaît pas de suite après l'arrivée des aliments, mais une heure environ plus tard, au moment où le suc gastrique attaque l'estomac. Il y a une telle perturbation dans la sécrétion, cette sécrétion est si déraisonnable qu'elle se produit à jeun, et que parfois le malade souffre surtout la nuit. Il sait, du reste, ce qu'il faut faire et son instinct le pousse à manger pour fournir à son suc gastrique quelque chose à corroder. Le pneumogastrique se trouve pris dans un cercle vicieux; par suite de son excitabilité, la sécrétion est augmentée au contact des aliments, et cette sécrétion exagérée agit sur lui, l'irrite, d'où la *gastralgie*.

Je ne peux aujourd'hui qu'ébaucher ce sujet si intéressant, et je terminerai en vous disant deux mots sur un malade du service qui présente des phénomènes de ce genre. Je le pris d'abord pour un simulateur, tellement il dépeignait vivement ses souffrances; un examen plus approfondi me montra que ses forces digestives étaient très atteintes, car il ne pouvait supporter que le lait et les œufs. De temps à autre, il avait des vomissements; la douleur rendait la palpation très difficile, cependant nous pûmes constater qu'il n'avait ni tumeur ni dilatation. Fils d'une femme nerveuse qui avait longtemps eu les mêmes douleurs, lui-même était très nerveux. Nous avons eu un autre malade qui souffrait de la même manière, avait le caractère très irritable, riait et pleurait sans motifs; il avait une sœur folle enfermée à l'asile de Vaucluse. En ville, j'ai vu plusieurs malades de ce genre, un, entre autres, que j'ai guéri de ses douleurs par le bicarbonate de soude, mais qui est devenu fou. Il avait un père hypochondriaque, une sœur aliénée, et, chez lui, la folie stomacale a été remplacée par la folie cérébrale.

J'ai encore donné mes soins à une jeune fille qui présentait l'anorexie hystérique de Lasègue et ne voulait pas manger à cause de ses douleurs : c'était la fille d'un fou.

Il y a donc des cas où, par suite d'une sorte de folie du pneumogastrique stomacal sans lésions de l'estomac, il y a exagération de sa sensibilité, d'où exagération de la quantité de suc gastrique sécrété, c'est-à-dire ce que j'appelle « polygastrie », cause de la « gastralgie ».

BIBLIOTHÈQUE

Traité de chirurgie publié sous la direction de MM. Simon Duplay et Paul Reclus. Paris, G. Masson. — T. Ier, 1890.

Depuis que j'ai commencé à m'occuper un peu sérieusement de bibliographie, c'est-à-dire depuis un peu plus de quinze ans, j'ai entendu tous nos chirurgiens exprimer le regret qu'il n'y eût pas en France un recueil de chirurgie analogue à celui de Pitha et Billroth, qui florissait alors en Allemagne. En France, nous avions eu le *compendium*, dont tout le monde aussi regrettait le brusque arrêt, en pleine prospérité; nous avions

bien le Traité commencé par Nélaton, puis celui de MM. Follin et Duplay; mais, rédigés lentement, ils manquaient un peu d'actualité. L'achèvement des deux dictionnaires a permis aux éditeurs de tourner leur activité vers d'autres grands ouvrages; MM. Baillière ont publié l'*Encyclopédie internationale de chirurgie*, qui ne me paraît pas destinée à faire oublier les ouvrages antérieurs, et voici M. Masson qui va nous donner un véritable *Traité de chirurgie*, je ne dirai pas *française*, mais *écrit par des Français*.

Que sera ce *Traité de chirurgie*? En voyant les noms des directeurs de la publication et ceux de ses rédacteurs, on peut répondre hardiment qu'il fera grand honneur à notre littérature. Ses rédacteurs constituent la fine fleur de notre jeune génération chirurgicale; ils ont déjà donné maintes preuves de leur sens pratique et de leur talent d'écrivains, et c'est une bonne fortune pour un directeur et pour un éditeur que d'avoir su les réunir.

Le premier volume de cette publication, paru presque aussitôt qu'annoncé, montre avec quel zèle et quelle ardeur tous se sont mis au travail. Il comprend quatre monographies principales, qui auraient pu faire autant de fascicules de la *Deutsche Chirurgie*. La première, par M. Paul Reclus, comprend les inflammations, les traumatismes et les maladies virulentes; la deuxième, par M. Quénu, les tumeurs; la troisième, par M. Auguste Broca, les maladies de la peau et du tissu cellulaire; la quatrième, par M. Lejars, les maladies des lymphatiques, muscles, tendons, synoviales tendineuses et bourses séreuses. De nombreuses figures, la plupart toutes nouvelles, quelques-unes seulement ayant été empruntées à l'ouvrage de Follin et Duplay, accompagnent le texte et en facilitent l'intelligence.

Je pourrais m'arrêter là de mon compte rendu et me contenter de conseiller chaudement au lecteur de faire comme moi pour avoir une idée de l'ouvrage, c'est-à-dire de le lire, l'assurant qu'il n'aurait perdu ni son temps ni sa peine. Mais je ne veux pas me borner aux éloges dont je viens de combler le nouveau *Traité de chirurgie* et ses auteurs; je veux encore faire quelques critiques dont j'espère que profiteront ceux des volumes qui restent encore à écrire.

D'abord une question à M. Reclus. Pourquoi écrit-il *traumatismes* au pluriel, alors que son maître Verneuil a déclaré maintes fois que *traumatisme*, indiquant un état général comme *alcoolisme* et autres, devait par conséquent rester au singulier. On ne doit pas dire plus les traumatismes qu'on ne dit les alcoolismes. — Il faut dire les *traumas* et le traumatisme.

D'accord avec l'éditeur, les auteurs, et je suis loin de les en blâmer, ont renoncé à mettre en tête de leurs chapitres ces longues bibliographies qu'on trouve dans les fascicules de la *Deutsche Chirurgie* et qui sont rédigées de telle sorte qu'elles servent plus à tromper le lecteur qu'à l'éclairer. La bibliographie du *Traité de chirurgie* est donc très courte, mais elle n'est pas suffisante. Sans m'arrêter aux noms qui ne sont pas cités, même dans le texte, et qui auraient pu l'être sans dommage pour la valeur du livre, je reprocherai à M. Reclus et surtout à M. Quénu de n'avoir donné que des indications incomplètes. Je sais personnellement que M. Quénu a préparé avec le plus grand soin sa monographie, qu'il a pris ses citations aux bonnes sources, mais, trop pressé par le temps peut être, il a oublié de donner complètement l'indication de ces sources, alors que cela lui eût été extrêmement facile. Par exemple, il lit un passage de Virchow; il renvoie en note, « Virchow, *Traité des tumeurs*, t. II. » pourquoi ne pas ajouter la page, qu'il avait sous les yeux — ou bien encore : « Broca, *Archives de médecine*, » sans ajouter ni l'année, ni le volume, ni la page. C'est beaucoup trop court et cela forme un contraste malheureux avec la bibliographie de M. Broca, qui est excellente d'un bout à l'autre, et pas beaucoup plus longue cependant que celle de M. Quénu. Réellement, cela dépare son texte, qui m'a paru très remarquable, et à d'autres plus compétents que moi dans la question des tumeurs.

L'indication exacte des travaux cités est d'autant plus nécessaire que beaucoup de ces travaux sont récents, peu connus, et que bon nombre de lecteurs, en lisant le *Traité de chirurgie*, voudront probablement, comme moi, étudier plus à fond certains points résumés en quelques lignes dans cet ouvrage :

J'espère qu'on voudra bien me pardonner ces conseils et ces critiques en faveur du motif : je voudrais tant que nous ayons un *Traité de chirurgie* français parfait !

M. Masson annonce que le volume II paraîtra le 15 mai, et je crois pouvoir confirmer cette bonne nouvelle. — L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Lésions valvulaires de l'orifice mitral consécutives aux lésions de la région thoracique gauche, par M. Jaccoud. (*Le Praticien*, 1889, 21). — Dans une leçon clinique, M. le professeur Jaccoud a signalé l'histoire d'un jeune homme de 28 ans qui mourut au milieu de phénomènes asystoliques et chez lequel on trouva à l'autopsie un rétrécissement exceptionnel de l'orifice mitral dû à une végétation dure, pierreuse, calcifiée, siégeant sur la face auriculaire de la valvule.

Le malade n'avait jamais fait de maladie prédisposant à l'endocardite, et M. Jaccoud admet comme cause de cette dernière une chute de cheval remontant à quelques années et ayant intéressé particulièrement la région gauche du thorax. — P. N.

De quelques affections de la gorge ; leur nature et leur traitement, par Carpenter. (*Practitioner*, avril 1888, et *Annales des maladies de l'oreille*, 1889, 6.) — Sous ce titre, le docteur Carpenter (de Croydon) décrit des cas de caractère mixte qui, cependant, ont ceci de commun qu'ils apparaissent au milieu d'une épidémie de diphthérie.

L'affection laryngée avorte, mais, à sa suite, surviennent des congestions viscérales multiples, une température élevée, de la néphrite, des pneumonies, de l'ictère, de l'arthrite qui sont, de toutes les manifestations, les plus rares.

L'auteur attribue ces accidents à l'empoisonnement du sang par le poison dipththéritique.

Ces cas, pour lui, ne sont pas contagieux.

Le traitement consiste à détruire le germe microbien dans la gorge en appliquant de la quinine, des poudres sulfureuses, de la poudre de charbon, et à faire des irrigations nasales avec les mêmes substances. A l'intérieur, on administre le sulfo-carbonate de soude et l'ammoniaque comme stimulant. — P. N.

Un cas d'abcès du cervelet consécutif à une affection mastoïdienne, par le docteur Steward. (*Revue de laryngologie*, 1889, 12, p. 368.) — Les cas d'abcès du cervelet d'origine otitique sont plus rares que les cas d'abcès du cerveau, en particulier du lobe temporo-sphénoïdal.

C'est pour cette raison que nous mentionnons l'observation du docteur Steward. Il s'agit d'un enfant de 10 ans atteint d'otorrhée depuis trois ans. — P. N.

Traitement de la syphilis par les préparations iodées, par Em. Poor. (*Allg. Wienner mediz. Zestung* et *Revue de thérap.*, 1889.) — Le diagnostic posé, on fait prendre au malade un purgatif salin et ensuite des bains tièdes.

Le traitement proprement dit consiste dans l'administration d'une eau minérale iodée, dont voici la formule :

Eau distillée........................		300 à 1,000 grammes.
Bicarbonate de soude..................	âå	3 à 10 grammes.
Sulfate de soude......................		
Iodure de potassium		

Mêlez. A prendre trois fois par jour une à deux cuillerées à bouche de cette solution étendue de deux fois autant d'eau commune.

Toutes les semaines on augmente d'une cuillerée à bouche. A six cuillerées, les manifestations syphilitiques sont toujours en voie de disparition. On augmente jusqu'à neuf à dix cuillerées en vingt-quatre heures. Chaque semaine on fait prendre aux malades un ou deux bains de savon tièdes, et aux anémiques et scrofuleux on donne l'iodure de fer avant la solution d'iode.

Quand il y a des ulcères septiques, on les lave à l'eau de Goulard et on y applique de la glycérine mélangée d'huile d'alun ou étendue d'eau, de la glycérine additionnée de teinture d'iode, de la teinture d'iode étendue d'eau.

Il n'y a pas de manifestation d'iodisme, et il y a tout avantage à commencer dès avant la période secondaire. On n'observe aucune action défavorable sur les testicules et les glandes mammaires. — P. N.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Société française de dermatologie (1re session).

1° *Maladies vénériennes.* — M. MAURIAC a communiqué un cas d'*hémi-atrophie linguale d'origine syphilitique*, accompagné au bout de quelque temps d'une parésie du moteur oculaire commun et survenu dans la quatorzième année d'une syphilis. Il est probable qu'il y a un syphilome de la base du cerveau ayant atteint les noyaux de l'hypoglosse et du moteur oculaire.

— M. FOURNIER a fait une communication très intéressante sur un cas de *syphilide de la lèvre*, qui simulait le lupus érythémateux. Les trois quarts de la lèvre supérieure étaient pris sur leurs deux faces ; il y avait une plaque rouge, lisse, peu saillante, reposant sur une légère infiltration. Une ophthalmie intercurrente hérédo-syphilitique éclaira le diagnostic, et la malade guérit par le traitement spécifique. On pourrait appeler cette syphilide : syphilide tuberculeuse laminée. C'est là un exemple de dermatite tertiaire légère.

M. BALZER a signalé une *gangrène vaccinale* chez une femme atteinte de syphilis maligne. On peut conclure de ce fait avec M. Mauriac qu'il vaut mieux ne pas vacciner dans les syphilis malignes avec tendance aux ulcérations de la peau.

Nous devons insister sur le nouveau traitement de la syphilis que préconise M. QUINQUAUD. Il conseille l'emploi d'un sparadrap mercuriel placé au niveau de la région splénique. En voici la formule :

Emplâtre-diachylon des hôpitaux..........	3,000	grammes.
Calomel à la vapeur......................	1,000	—
Huile de ricin...........................	300	—

Avant de l'appliquer, on savonne la peau de manière à ce que les fonctions cutanées s'accomplissent le mieux possible ; puis on place un décimètre carré de l'emplâtre au lieu d'élection. On le laisse appliqué pendant huit jours, puis on le replace huit jours et ainsi de suite ; chez les sujets qui exécutent un travail manuel, on renouvelle le sparadrap tous les quatre ou cinq jours.

La recherche du mercure dans l'urine a prouvé à M. Quinquaud la réalité de l'absorption du médicament. Il a obtenu d'aussi bons résultats avec le sparadrap qu'avec les injections sous-cutanées ou l'administration par l'estomac.

En appliquant un décimètre carré d'emplâtre tous les huit jours, en l'enlevant et en le remplaçant tous les huit jours, on évite toute trace de salivation.

M. DU CASTEL insiste sur l'existence de *chancres syphilitiques atypiques*. Les principales particularités que ces chancres présentent sont : la multiplicité, le développement successif en quelques jours, l'intensité de la douleur, le peu d'étendue, la profondeur de l'ulcération, le peu d'induration, le peu de retentissement ganglionnaire.

MM. DE BEURMANN et FOURNIER ont communiqué des faits qui prouvent les *dangers de l'allaitement* des enfants inconnus. Plusieurs nourrices des Enfants-Assistés ont été atteintes de chancres mammaires. Ces faits sont affligeants, mais pour les éviter il faudrait nourrir artificiellement tous les enfants, et, ainsi que le fait remarquer M. Sevestre, il en entre annuellement 2,500 aux Enfants-Assistés.

M. HUMBERT a vu des pustules *uréthro-péniennes* succéder au chancre simple et à la

syphilis. Dans le cas de syphilis le chancre peut leur donner naissance. Le plus communément on observe une fistule de la fosse naviculaire dont la paroi antérieure est perforée. Les destructions de la verge sont souvent considérables. Comme traitement il faut employer soit l'uréthrorrhaphie, soit l'uréthroplastie.

2° *Dermatologie.* — M. Barthélemy a observé diverses *éruptions dans le cours de la grippe.* Il signale, outre les éruptions de coïncidence, orgelet, anthrax, furoncle, herpès, zona, des érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes.

M. Arnozan s'est bien trouvé de l'emploi de l'*acide acétique contre les épithéliomas* d'origine sébacée. Il faut s'en servir pur ou dilué à la moitié ou au tiers. La guérison des petits cancroïdes survient rapidement.

M. Gaucher s'est aussi servi de l'acide acétique avec succès dans des cas analogues.

M. Quinquaud a étudié les *éruptions cutanées consécutives à l'intoxication urique.* Expérimentalement il est arrivé à provoquer chez le chien des vésicules le plus souvent, quelquefois des pustules ou des papules guérissant facilement et n'ayant pas le caractère de l'eczéma. Chez l'homme l'absorption de 20 à 40 cent. d'acide urique par jour fait apparaître des éruptions furonculeuses, quelquefois des taches érythémateuses, des papules, mais jamais de grande dermatose. M. Quinquaud tendrait à rattacher à la rétention de l'acide urique certains cas d'éruptions lichénoïdes, vésiculeuses, précédées de fièvre et accompagnées d'augmentation de la quantité d'acide dans le sang.

M. Hallopeau a communiqué un cas très intéressant de *maladie de Raynaud avec polydactylite suppurative* et poussées de dermatite pustuleuse. L'asphyxie locale a déterminé la polydactylite et cette dernière est la cause des poussées pustuleuses par suite de la résorption de microbes pyogènes ou de leurs toxines. La muqueuse buccale a été atteinte.

Nous signalerons une autre communication de M. Hallopeau sur une *dermatose bullaire infantile* avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifestations buccales. Elle diffère de la maladie de Duhring par le polymorphisme peu accentué, l'absence de douleurs, le développement, à la suite des bulles, de cicatrices et de kystes épidermiques. Probablement il y a élimination de ptomaïnes par les glandes cutanées.

Nous sommes malheureusement forcés de nous borner à cette brève analyse des principales communications, mais nous tenons à applaudir à la création de la Société nouvelle qui contribuera à la diffusion des nombreux travaux sur la dermatologie qui se font en France. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Amygdalotomie suivie d'hémorrhagie. — Ostéite par coup de feu. Ablation d'un fibrome par l'opération césarienne. — Cholécystectomie.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation envoyée par M. Moure (de Bordeaux) relative à un cas d'*amygdalotomie suivie d'hémorrhagie* grave chez un enfant. Il y avait une hypertrophie considérable d'amygdales très enflammées et l'opération double fut faite le même jour. Il n'y eut d'abord qu'un faible écoulement de sang, mais, au milieu de la nuit suivante, il se produisit à gauche une hémorrhagie considérable qu'on ne put que difficilement arrêter. Une deuxième arriva huit jours plus tard, et M. Moure constata l'existence d'une eschare sur la surface saignante. La guérison n'en survint pas moins complètement.

Chez l'adulte, les hémorrhagies à la suite de l'amygdalotomie se voient de temps autre, mais elles sont très rares chez l'enfant.

On doit tirer du fait de M. Moure la conclusion qu'il ne faut pas opérer les amygdales enflammées.

Pour M. Tillaux, il ne devait pas y avoir d'eschare, mais un lambeau de l'amygdale. Dans un cas, il a vu un lambeau semblable menacer le malade d'asphyxie.

— M. Chauvel fait un rapport sur une observation de M. Delorme : Il s'agit d'une *ostéite des premières côtes* et des apophyses vertébrales correspondantes survenue dix-huit ans après une plaie du cou par balle de revolver. Le malade avait été blessé en 1870 et sa blessure avait entraîné la production d'une pleurésie gauche et d'une vomique. En 1885, il survint de vives douleurs dans le cou et le membre supérieur, puis des phlegmons du cou. Au fond de l'un de ces phlegmons, on trouvait une hyperostose des parties postérieures des quatre premières côtes, surtout des extrémités de la troisième et de la quatrième, qui furent partiellement réséquées. L'abcès guérit, mais les douleurs continuèrent, bien que le malade, ancien syphilitique, reçût le traitement spécifique; aussi, M. Delorme pratiqua-t-il une nouvelle opération qui permit d'enlever l'extrémité postérieure de la première et de la deuxième côtes, l'apophyse transverse et l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Après une amélioration momentanée, les douleurs revinrent et on dut extraire un fragment de balle. Malgré tout, le malade souffre encore du côté du rachis.

— M. J. Bœckel (de Strasbourg) fait une communication sur l'*entérorraphie contre l'anus contre nature* consécutif à la hernie étranglée. Il eut à traiter une femme de 78 ans, atteinte de hernie crurale gauche étranglée depuis trois jours. La kélotomie montra que le sac contenait du pus et que l'intestin était gangrené. Une partie saine fut fixée à la peau et ouverte après vingt-quatre heures. Au bout de deux mois, M. Bœckel appliqua l'entérotome de Dupuytren; le cours des matières se rétablit, mais l'orifice ne se ferma pas et donnait facilement issue à une longueur de 16 ou 18 centimètres d'intestin. Dans ces conditions, M. Bœckel circonscrivit l'anus par une incision elliptique de 11 centimètres de circonférence, isola et décolla l'intestin sur une étendue de 5 à 6 centimètres; puis il sutura les deux bouts en se servant du procédé de Lambert et remit l'anse dans l'abdomen. L'opération fut complétée par la résection du sac herniaire et la suture de la peau sans drainage. La guérison se fit par première intention.

M. Kirmisson regarde la méthode qu'a employée M. Bœckel comme très bonne. Le procédé de Malgaigne lui a donné deux insuccès, dont une mort et un succès incomplet avec fistulette. Dans un quatrième cas où il a ouvert le ventre et suturé l'intestin, la guérison a été rapide et complète.

— M. Bouilly fait une communication sur l'*ablation d'un fibrome intra-utérin par l'opération césarienne*. La malade était une multipare de 42 ans, extrêmement anémiée par des métrorrhagies durant depuis plusieurs années. Le fibrome remontait jusqu'à l'ombilic et apparaissait aussi, au dehors, à la vulve; il causait, de plus, des douleurs très violentes. L'exploration de l'utérus avec l'hystéromètre montrait que la tumeur ne tenait à l'organe que par un point de sa face postéro-supérieure. Considérant que le morcellement et l'hystérectomie abdominale étaient impossibles, M. Bouilly se décida à enlever la tumeur comme un fœtus par l'opération césarienne. Il pratiqua donc la laparotomie médiane et entoura la base de la tumeur par un gros tube de caoutchouc qui lui servit à arrêter l'hémorrhagie quand il sectionna la partie antérieure de l'utérus. Cette section faite, comme le fibrome était libre dans la plus grande partie de son étendue, la décortication fut facile, la surface d'implantation ne dépassant pas la largeur de la paume de la main. A ce niveau, la paroi utérine était extrêmement amincie. Le fibrome libéré, M. Bouilly essaya de l'enlever, mais ne put y parvenir, parce que la portion intra-vaginale s'était développée outre mesure; la tumeur tout entière avait pris la forme d'un sablier. Il fallut la couper en deux en sectionnant au niveau de la partie rétrécie et enlever la partie inférieure en la morcelant avec des ciseaux. Aussitôt après l'enlèvement de la tumeur, l'utérus se contracta, ce qui assura l'hémostase. Seize points de suture à la soie fermèrent la plaie utérine sans intéresser la muqueuse; puis, après une injection antiseptique, qui conduisit à placer deux sutures de renforcement, l'or-

gane fut abandonné dans l'abdomen. Dans les jours qui suivirent l'opération, la température ne dépassa pas 38°2 et la malade sortit guérie vingt-cinq jours plus tard.

MM. Martin (de Berlin), Doléris et Terrier ont déjà pratiqué une opération du même genre pour enlever des corps fibreux interstitiels.

M. TERRIER communique un cas de *cholécystectomie*. La malade souffrait depuis longtemps de coliques hépatiques et avait une tumeur de la face inférieure du foie indiquant une cholécystite avec péricholécystite. La laparotomie fut décidée, pour faire soit la cholécystectomie, soit la cholécystotomie. L'incision fut faite sur le bord externe du droit et montra qu'il y avait des adhérences entre la paroi abdominale, l'intestin grêle et la vésicule. Cette dernière fut attirée au dehors et incisée, et on en retira un liquide séro-purulent légèrement sanguinolent et de nombreux calculs biliaires. Un de ces calculs, enclavé à l'origine du canal cystique, ne put être retiré et M. Terrier n'insista pas trop pour l'extraire, car, dans un cas semblable, une malade qu'opérait M. Trélat avait eu une déchirure du canal systique et une péritonite mortelle.

Il fallut donc faire la cholécystectomie et la vésicule fut facilement enlevée de la face inférieure du foie; mais, en serrant le pédicule, il se produisit une déchirure par laquelle on enleva le calcul et on dût placer une ligature plus loin. Comme le sang semblait teinté par de la bile, M. Terrier réunit au bord de la plaie abdominale les tissus environnant le canal cystique, et forma ainsi une petite cavité séparée de la grande cavité péritonéale dans laquelle il plaça un drain. Le lendemain, le pansement et le lit étaient inondés de bile, probablement par suite de la section du canal cystique par la ligature trop serrée. Malgré cela les choses se passèrent convenablement, et la malade est en pleine voie de guérison.

M. TILLAUX fait remarquer que l'écoulement de la bile peut être dû à la déchirure de petits canaux biliaires dans le décollement de la vésicule de la face inférieure du foie. Il a admis cette pathogénie après avoir observé un écoulement de bile très considérable dans un cas de kyste hydatique.

M. MARCHAND fait remarquer que la section du foie n'entraîne d'écoulement de bile que lorsqu'un gros canal est coupé.

M. TERRIER s'est demandé s'il n'y avait pas chez l'homme, comme chez certains animaux, des conduits hépato-cystiques donnant lieu à cet écoulement à la suite de leur lésions. L'examen des pièces anatomiques n'est pas favorable à cette hypothèse, et M. Terrier pense que la bile vient du canal cystique. Il faudrait peut-être, dans une opération analogue à celle qu'il a pratiquée, employer une pince à demeure au lieu de fil à ligature.

M. SÉE confirme ce fait que les canaux hépato-cystiques n'existent pas chez l'homme.

— M. HORTELOUP montre un aspirateur à graviers perfectionné, dû à M. Wickham.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA TYPHLITE. — Bouchard.

Si la douleur est très vive, au début de la typhlite, injection hypodermique de morphine; sinon, étendre sur la région une épaisse couche d'onguent mercuriel belladoné, que l'on recouvre d'un large cataplasme très chaud. — Deux fois le jour, injection rectale aseptique, avec au moins un litre d'eau additionnée de 5 grammes de borate de soude, et de deux ou trois cuillerées à café de teinture de benjoin mêlée d'alcool camphré. L'injection sera poussée très lentement. — Repos absolu indispensable. — Pas de purgatifs ; ou bien, si on y a recours, administrer de la magnésie delayée dans de l'eau. Aliments très légers, de nature à ne point laisser de résidu intestinal susceptible de fermenter. Le lait et les boissons alcalines peuvent être ingérés en petites quantités d'abord; plus tard, on prescrit le lait additionné de jaunes d'œufs. — Si, au bout de quinze

jours, on perçoit une grosseur aux environs du cœcum, on y applique un petit vésicatoire. — N. G.

COURRIER

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de mars dernier 159 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur.

Sur ce nombre :

30 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement.

116 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire.

13 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 146 fois; chats, 13 fois.

Société d'agriculture de l'Eure. — L'inauguration du monument élevé par souscription, sous le patronage de la Société d'agriculture de l'Eure, à M. le docteur Auzoux, aura lieu à Saint-Aubin d'Ecrosville (Eure) le dimanche 18 mai à deux heures.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

GRANULES ANTIMONIO-FERREUX du Dr Papillaud. — Anémie, chlorose, etc.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies.—Anorexie.—Trait[t] physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique.

Traité pratique des accouchements, par A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ex-chef de clinique d'accouchements de la Faculté, membre de l'Académie de médecine. Deuxième édition, entièrement refondue. Ouvrage complet, 2 vol. in-8°, avec 2 planches coloriées et 930 figures. — Prix : 30 francs.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, Paris.

De la grippe et de son traitement par le sulfate de quinine, par le docteur P. Gellie.

Cet ouvrage se trouve chez Gounouilhou, imprimeur à Bordeaux.

Recherches à propos d'une observation de hernie inguinale congénitale étranglée chez un enfant de 13 mois, par G. Phocas, agrégé de la Faculté de Lille.

Cet ouvrage se trouve chez Le Bigot frères, 68, rue Nationale, à Lille.

Nouvelles études sur Vals, par le docteur Lafosse.

Cet ouvrage se trouve à Paris chez Goupy et Jourdan, 71, rue de Rennes.

L'assainissement de Bordeaux, par le docteur E. Mauriac.

L'organisation des secours publics en cas d'accidents en Allemagne et en Autriche-Hongrie, par le docteur E. Mauriac.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Féret et fils, libraires-éditeurs, 15, cours de l'Intendance, à Bordeaux.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

Les manifestations linguales de la syphilis.

Messieurs,

Le hasard a amené en même temps, dans nos salles, un certain nombre de malades porteurs de lésions syphilitiques de la langue, et je veux profiter de cette occasion pour étudier ces lésions avec vous.

La langue peut être atteinte à toutes les périodes de la syphilis et on y observe les accidents primitifs, secondaires et tertiaires. Le chancre lingual est peu commun, les manifestations secondaires très fréquentes, les manifestations tertiaires offrent une fréquence moyenne.

Le *chancre* est peu commun ; en effet, dans ma pratique de ville, je n'en ai vu que 37 cas en 27 ans. Après celui de la lèvre, le chancre lingual est cependant le plus fréquemment rencontré des chancres extra-génitaux. On le voit plus souvent chez l'homme que chez la femme, pour des raisons que vous devinerez facilement. Il a un siège de prédilection par excellence, la moitié antérieure de l'organe et occupe soit le plateau supérieur, soit les bords latéraux, soit la pointe. Exceptionnellement il siège dans la moitié postérieure, et je l'ai vu se développer au devant du V lingual. Habituellement il est unique, quelquefois cependant on en voit deux.

Comme caractères objectifs, il offre les deux formes possibles de chancre : la forme érosive et la forme ulcéreuse. La première est commune et la seconde rare.

Quelques mots sur la première dont l'apparence est, du reste, exactement celle de chancre génital. C'est une érosion superficielle, sans bords, plate, lisse comme le chancre ordinaire. La surface est quelquefois grisâtre et diphthéroïde. L'induration sous-jacente est lamelliforme, sur les bords elle est quelquefois noueuse. L'érosion est arrondie, d'un diamètre de 2 centimètres, et cause fort peu de troubles fonctionnels, n'étant douloureuse qu'au contact des aliments irritants, épicés, ou des liquides alcooliques trop concentrés.

Le bubon caractéristique se trouve dans les ganglions sus-hyoïdiens au niveau des grandes cornes de l'os hyoïde, quelquefois plus en avant au milieu des ganglions sous-maxillaires. Enfin, et ceci n'est pas classique, quand la pointe est le siège du chancre, le bubon se trouve derrière le menton, derrière les apophyses géni. Je suis sûr de ce fait, bien que M. Poirrier m'ait dit récemment qu'il ne connaissait pas de ganglions en ce point.

La forme ulcéreuse est une variété du chancre lingual. La lésion est alors plus ou moins profonde et va quelquefois jusqu'à entamer le paren-

chyme en creusant dans une épaisseur de 2, 3, 4 millim. même. Le chancre a alors plusieurs centimètres de large et est largement induré, sous-tendu par un noyau d'induration.

Le chancre lingual a la même évolution que le chancre génital. Même non traité, il tend à se réparer rapidement, et le traitement se réduit, du reste, à fort peu de chose. On ne peut naturellement panser l'ulcération. Il faut ordonner de suspendre l'usage du tabac et conseiller l'emploi de bains locaux. Le malade doit prendre le plus souvent possible, dans sa bouche, une gorgée d'eau émolliente, eau de guimauve ou de camomille, et se gargariser longtemps. Plusieurs fois par jour on fera des attouchements avec le collutoire boraté :

Miel rosat	15 grammes.
Glycérine	15 —
Borax	1 gramme.

Enfin, de temps à autre, tous les trois ou quatre jours, on touchera légèrement l'ulcération avec le crayon de nitrate d'argent.

La guérison surviendra toujours très rapidement.

Quelle est l'origine du chancre lingual? Le plus habituellement c'est une contamination vénérienne, soit bucco-génitale, soit plus souvent bucco-buccale. Il peut encore apparaître à la suite de contacts non-vénériens par l'usage d'une pipe, d'une cuillère, d'un instrument quelconque souillé par la salive d'un individu porteur de syphilides buccales contagieuses. Il existe de nombreux exemples de ce mode de contagion. C'est la seule manière dont l'enfant soit atteint du chancre lingual qui se développe chez lui à la suite du contact de sa langue avec des lésions syphilitiques de sa nourrice.

Je veux vous citer un cas que j'ai observé il y a quelques années. On m'amena un enfant de 18 mois, porteur d'une plaie de la langue. Au premier coup d'œil, je reeonnus qu'il s'agissait d'un chancre syphilitique dn bout de l'organe, et mon diagnostic fut confirmé par l'apparition, quelque temps après, des accidents secondaires. Mais qu'elle était l'origine de ce chancre? Il me fut facile de la trouver. L'enfant était porté par une ancienne nourrice dans laquelle la famille avait toute confiance et dont la bouche était remplie de syphilides. Cette femme me raconta que l'enfant avait l'habitude de fourrer son pouce dans la bouche des personnes qui l'approchaient et de le sucer ensuite. Il n'y avait donc pas de doute à avoir sur le mode de contagion.

Abordons maintenant l'étude des *lésions secondaires* de la langue. Elles forment deux groupes très nets, alors que les syphilides sont humides ou sèches. Les premières, bien connues, se voient communément, tandis que les secondes sont à peine décrites.

Les syphilides humides sont très fréquentes et offrent à la langue les types des lésions secondaires des muqueuses : types érosif, papulo-érosif, papulo-hypertrophique et ulcéreux. Elles siègent un peu partout, dans tous les points de l'organe, sur le dos et les bords, mais se développent surtout dans la moitié antérieure. Il faut cependant bien savoir que la région postérieure, la base de la langue, peuvent présenter des syphilides secondaires. Ce point est important en pratique, car lorsqu'un homme syhilitique viendra vous demander s'il peut avoir des rapports avec sa femme, il ne faudra les permettre qu'après un examen très attentif de toute la muqueuse buccale et linguale.

Commençons par étudier le *type érosif*. Il est extrêmement commun et bien peu de syphilitiques n'en sont pas atteints. Le plus généralement il y a plusieurs poussées de ce genre de manifestations, 10, 15, 20, 30 même. Cette forme de syphilides est souvent bien peu de chose. Elle présente l'aspect d'une érosion étalée, lenticulaire, aplatie. Ce qui les recommande à l'attention, c'est d'abord leur couleur, car elles tranchent, soit par une teinte plus foncée que le reste de l'organe, soit par une coloration grisâtre, comme diphtéroïde. De plus elles ont un aspect lisse qui contraste avec l'aspect villeux, tomenteux de la surface normale de la langue. Les plaques muqueuses sont uniques ou multiples; dans ce dernier cas, elles couvrent parfois une grande étendue.

Sur les bords de l'organe elles revêtent facilement la forme de fissures ou de rhagades; ce sont alors de petites lésions perpendiculaires à l'axe de la langue.

Au total, ces syphilides érosives sont de minimes lésions sans importance locale; par contre, leur importance est excessive au point de vue de la contagion. Il est patent que, quand on peut faire les confrontations, ce sont là les lésions qui sont le plus souvent la cause de la contamination de la femme par le mari. A ce propos, je dois insister sur deux points importants. En premier lieu les érosions secondaires n'ont pas de caractère spécial, elles ressemblent à l'érosion la plus vulgaire et cependant on les qualifie, dans vos livres, de caractéristiques. Caractéristiques par quel attribut? Il n'y en a pas. On ne pourrait me citer un seul signe permettant de différencier la plaque muqueuse d'une lésion commune, telle que l'érosion de l'aphte, par exemple. En second lieu, les lésions peuvent être tout à fait minimes, minuscules, réduites aux dimensions d'une tête d'épingle; elles peuvent perdre leur couleur habituelle et être alors à peine apparentes, de telle sorte qu'elles passent inaperçues. Il faut faire un examen attentif à la loupe pour distinguer de si petites lésions qui forment de petites taches roses plutôt que rouges. Cependant il est d'un intérêt considérable de les découvrir, car quand un homme vous demande s'il est contagieux, il est absolument nécessaire de ne pas se tromper dans la réponse qu'on lui fait.

Le *type papuleux* est plus rare sur la langue. Cette syphilide y est, du reste, ce qu'elle est ailleurs. Elle forme de petites pastilles déposées sur la langue, faisant un léger relief et de couleur généralement rosée ou rougeâtre; parfois les papules sont blanchâtres et revêtent l'aspect diphthéroïde dont je vous ai déjà parlé plusieurs fois. Très généralement, on les rencontre sur la face dorsale; exceptionnellement, sur la face inférieure. Quelquefois, elles sont confluentes et forment alors une nappe papuleuse, *syphilide papuleuse agminée*.

Abandonnées à elles-mêmes, les syphilides papuleuses peuvent devenir *hypertrophiques* et forment alors des saillies rouges ou blanchâtres, bombant la langue et donnant à cet organe un aspect particulier que l'on a comparé à celui du *dos du crapaud*.

Nous n'avons plus à parler que du quatrième type, le *type ulcéreux*. Les syphilides forment des ulcérations sans caractère spécial, plus ou moins étendues, de forme régulière ou irrégulière, arrondie ou ovalaire, dont le diagnostic est impossible par les seuls caractères objectifs. On ne peut arriver à en reconnaître la nature que par l'examen complet du malade ou la recherche des antécédents.

Les *syphilides sèches* forment le deuxième groupe des syphilides secondaires de la langue. Elles ont reçu différents noms : glossite dépapillante ou tonsurante, psoriasis lingual, plaques lisses de la langue.

Elles forment sur la langue des îlots facilement distincts présentant un état lisse dû à la disparition des papilles; à leur niveau, la surface de l'organe paraît avoir été tondue et l'aspect est très différent de celui qui résulte de l'état villeux de la surface normale. La langue est comme une pelouse au milieu de laquelle existerait une clairière dont le gazon aurait été fauché à ras. Au centre du velours lingual, il y a ainsi une surface comme fauchée. Cet aspect lisse n'est bien visible que lorsque l'on a enlevé la salive qui couvre l'organe en l'essuyant à plusieurs reprises avec un linge de toile. On voit alors que la surface de la syphilide est sèche, absolument sèche, et ne change pas de couleur lorsqu'on la touche avec le nitrate d'argent. Il n'y a pas trace d'érosion. Le nom de glossite tonsurante est très bien choisi pour désigner cette lésion.

Que se passe-t-il donc et comment expliquer cet aspect si spécial? Quelques mots d'anatomie vont vous en faire comprendre de suite la raison. Les papilles filiformes sont surmontées, à l'état normal, d'un prolongement constitué par des productions épidermiques et atteignant 1 millim. et quelquefois 2 millim. de long. Or, quand on examine la langue au niveau des plaques sèches, on voit que ce prolongement est tombé comme si on l'avait rasé et que la surface dénudée est devenue lisse.

La glossite tonsurante est remarquable encore par un autre caractère : elle rentre dans les lésions syphilitiques qui n'ont pas d'âge. En général, comme vous le savez, la syphilis à des accidents qui correspondent à son âge; cependant, quelques-uns se produisent à toutes les périodes; telle est la lésion improprement appelée psoriasis palmaire, telle est aussi la glossite tonsurante; ce sont là des accidents déclassés. On les voit au bout de quelques mois de vérole; on les voit au bout de dix ans. En ville, j'ai rencontré la glossite tonsurante dans des syphilis traitées datant de 6, 8 et 10 ans.

Il me faut maintenant vous parler du *diagnostic* des syphilides secondaires de la langue. Je pourrais m'étendre sur ce diagnostic d'une façon presque indéfinie, car on peut confondre ces syphilides avec la plupart des lésions de l'organe, les aphtes, la glossite nicotique, la glossite dentaire, etc.

Je n'insisterai pas aujourd'hui sur tous ces faits et ne m'appesantirai que sur une lésion dont les traités classiques ne font pas mention et qui cependant a une grande importance pratique, je veux parler de l'*herpès récidivant buccal chez les syphilitiques*. Il se présente généralement à votre observation de la manière suivante : Un malade dont la vérole date de quatre ou cinq ans, qui s'est traité méthodiquement, que l'on croit et qui se croit guéri, vient un jour vous trouver pour de petites érosions qu'il a sur la langue. Ces érosions sont petites, plates et ressemblent absolument à des plaques muqueuses; c'est le diagnostic que vous portez et vous donnez le traitement spécifique. Tout disparaît. Quelques semaines, un mois plus tard, votre malade revient pour les mêmes accidents. Vous insistez sur le traitement, qui semble encore amener la guérison. Mais le malade revient encore et les choses peuvent continuer ainsi pendant des mois et des années.

Que de fois n'ai-je pas vu des cas semblables qui m'ont fait commettre

de graves erreurs! A l'hôpital et en ville, j'ai traité beaucoup de malades pour cette lésion. En constatant un insuccès constant, j'ai fini, de guerre lasse, par penser que je me trompais et qu'il ne s'agissait pas de syphilis, car le mercure aurait amené la guérison. J'ai acquis la conviction que ces érosions qui récidivent ainsi d'une façon désespérante ne sont pas de la vérole, car le mercure l'aurait guérie.

Après avoir beaucoup hésité et fait beaucoup d'hypothèses, je suis maintenant convaincu que ces érosions récidivantes sont de l'herpès récidivant buccal, analogue à l'herpès récidivant génital décrit par Doyon.

Voici comment cet herpès se présente à votre observation : On voit sur la langue principalement, accessoirement sur les joues et les lèvres, des érosions, des excoriations tout à fait superficielles, petites, minimes et habituellement multiples. Elles ont une durée éphémère, qu'on les abandonne à elles-mêmes ou qu'on les traite. Elles guérissent en huit ou quinze jours, si le malade les irrite en fumant. Enfin, la récidive est la règle et cela complète la ressemblance avec l'herpès génital. Les éruptions successives peuvent se prolonger pendant un an, deux ans et plus.

En dernier lieu, ce qui complète l'identité avec l'éruption génitale, c'est la configuration à la fois mircocyclique et polycyclique. Je m'explique. Je vous ai dit bien souvent que l'herpès était polycyclique, parce qu'il se produisait sous forme de vésicules en bouquets et se réunissant les unes aux autres. Lorsque ces vésicules se rompent et s'érodent, nécessairement le contenu de l'érosion qui en résulte est formé d'une série de rentrants et de saillants, d'une série de petits contours, l'herpès est donc polycyclique. Mais il n'y a pas que l'herpès qui soit polycyclique; des plaques muqueuses de la vulve, très rapprochées les unes des autres, arrivent au contact et leur réunion forme une surface qui a la même apparence polycyclique que celle de l'herpès. Mais alors intervient le second caractère distinctif. L'éruption herpétique est microcyclique, puisqu'elle est formée par des érosions qui ont la grandeur d'une tête d'épingle. L'éruption herpétique de la langue se présente sous ces apparences et on voit sur l'organe une petite lésion à contour sinueux, géographique, microcyclique. Ces caractères permettent d'affirmer le diagnostic.

En résumé, on rencontre fréquemment dans la bouche des syphilitiques une affection d'un ordre spécial caractérisée par des poussées massives et multiples et de petites lésions érosives, c'est de l'herpès.

Il y a les plus grandes analogies entre cet herpès et celui de Doyon. D'abord, analogie de lésions; dans les deux cas, ce sont des érosions superficielles, éphémères; ensuite, analogie de marche; dans les deux cas, les récidives sont incessantes, se continuent des années. Enfin, analogie de cause; l'herpès génital succède à des causes d'excitation, à des maladies vénériennes de la verge, blennorrhagie, chancre simple; l'herpès buccal est aussi sous l'influence des agents d'irritation qui agissent sur la bouche, syphilis, irritation nicotinique, irritation résultant du traitement mercuriel. Aussi, il est fréquent de rencontrer cet herpès chez des malades qui se sont traités longuement. Comme quand on se trompe sur la nature de l'affection on augmente pendant quelque temps les doses de mercure, on comprend l'effet nuisible qui en résulte.

J'ai insisté longuement, Messieurs, sur l'herpès buccal, parce qu'il est très important, cliniquement, de reconnaître la maladie. Une erreur peut,

en effet, vous conduire à prescrire au malade un traitement inutile, sinon nuisible, et à lui interdire à tort le mariage.

Si, en effet, un syphilitique vient vous consulter au sujet d'un mariage et que vous preniez l'herpès pour des plaques muqueuses, vous lui défendrez de se marier, tandis qu'il n'est porteur que de lésions inoffensives. Si, d'autre part, et c'est là une conduite logique, vous le bourrez de mercure, vous entretenez l'herpès par suite de l'irritation buccale qui survient forcément.

Retenez donc bien, Messieurs, ce que je viens de vous exposer, car vous rencontrerez sans doute l'herpès récidivant buccal dans votre pratique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Un travail intitulé : « Un cas de contagion de la tuberculose entre époux par les voies génitales », par M. le docteur Magnant (de Gondrecourt);

2° Une lettre de M. le docteur Delotz (de Saint-Flour), disant qu'il a le premier signalé, en 1852, l'état puerpéral comme cause de l'endocardite;

3° Etat des vaccinations opérées pendant l'année 1888, sur les hommes de la garnison d'Epinal, par M. Moinel, médecin-major au 149e de ligne;

4° Un mémoire de M. le docteur Hébert (d'Audierne), sur une épidémie de grippe qui a sévi dans le canton de Pont-Croix;

5° Un état des vaccinations pratiquées en 1889, par M. le docteur Duvernet (de Paris).

MM. Van den Corput et Moncorvo sont nommés correspondants étrangers (1re division).

— M. Verneuil fait une communication sur certaines *complications de la grippe d'ordre chirurgical.* Jusqu'à l'épidémie dernière, les chirurgiens ne s'étaient pas occupés de la grippe. Ils savent maintenant que dans cette maladie infectieuse comme dans la fièvre typhoïde, comme dans la malaria, il peut y avoir des complications exigeant l'intervention de l'art. Telles sont les otites suppurées ou non, qui sont très fréquentes. Quelques affections palpébrales, généralement peu graves, des pleurésies et des périostites purulentes, des abcès superficiels et profonds, sous-périostés, des sinus, des articulations, etc.

Toutes ces complications sont essentiellement suppuratives et la maladie, ainsi compliquée, devient parfois une véritable pyoémie.

D'autre part, même en dehors de cette terminaison si grave, la suppuration peut être très dangereuse par sa propagation longue, par exemple, l'inflammation de l'oreille ou du sinus s'étend aux méninges.

Les complications de la grippe, il faut bien le savoir, ne contre-indiquent pas l'intervention chirurgicale et, dans bien des cas, cette dernière réussit fort bien; dans la pleurésie purulente, elle est presque toujours suivie de succès.

M. Verneuil a observé récemment un cas de suppuration. Le malade était un homme de 29 ans, charretier, alcoolique, qui eût la grippe en février et reprit ses occupations au commencement de mars; bientôt survint une rechute et il dut rentrer à l'Hôtel-Dieu. On reconnut qu'il était atteint d'une broncho-pneumonie grave et, comme une tuméfaction se produisait sur le grand pectoral, on l'envoya dans un service de chirurgie. M. Verneuil, la première fois qu'il examina le malade, trouva l'état général très mauvais et constata l'existence d'une broncho-pneumonie généralisée. De plus, il existait une tuméfaction triangulaire soulevant le grand pectoral. La peau n'était pas changée de couleur à ce niveau, mais la percussion donnait une sonorité exagérée ; il s'agissait donc d'une tumeur contenant des gaz. Comme il n'existait pas de signe de pneumothorax, pas

de signe de communication avec le poumon, il fallait s'arrêter au diagnostic d'infiltration purulente et gazeuse développée directement sous l'influence de l'état grippal. Les crachats contenaient des micrococques divers, mais pas de bacilles tuberculeux. Le traitement fut d'abord purement médical, mais, le lendemain de l'entrée à l'hôpital, le phlegmon s'étant accru, il y avait de la rougeur au voisinage du sternum, vers la deuxième côte, et M. Verneuil se décida à inciser.

Il fit d'abord une petite piqûre à la peau et évacua le contenu de l'abcès à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy. Il obtint un peu de pus et 11 c. c. de gaz. En réalité, le foyer en contenait davantage, mais les produits étaient infiltrés dans les tissus. Les gaz furent analysés par M. Hardy; 10 c. c. contenaient : acide carbonique, 8,2; azote, 1,3; oxygène, 1/2 c. c. Le pus renfermait des pneumocoques encapsulés et lancéolés dans ou entre les cellules. L'abcès était en voie de guérison lorsque le malade fut enlevé par sa broncho-pneumonie.

A l'autopsie, on trouva les poumons remplis de foyers disséminés de broncho-pneumonie; la plèvre était saine. Le cœur était atteint d'endocardite végétante, surtout marquée au niveau des valvules aortiques. Une tuméfaction du cou répondait à un foyer profond communiquant d'une part avec l'articulation sterno-claviculaire ouverte, de l'autre, avec le foyer placé au-dessous du grand pectoral.

Le phlegmon s'était développé dans ce cas par suite du caractère infectieux de la grippe, et M. Verneuil attire l'attention sur l'importance du pneumocoque dans les suppurations de ce genre. Il insiste aussi sur l'utilité de l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, la rechute de la grippe s'est montrée plus sévère que la première attaque.

M. Verneuil rapporte ensuite l'observation d'un cas qu'il a observé en province et dont l'observation lui a été communiquée par un de ses anciens élèves. Il s'agit d'une dame qui, à la suite d'une attaque de grippe et d'une convalescence traînante, avait eu une rechute de la maladie avec fièvre irrégulière, grande faiblesse, anorexie complète. Elle était guérie, lorsque, en mars, elle s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur dans le sein droit. Cette découverte l'inquiéta beaucoup et elle eut de nouveau de la fièvre irrégulière, de l'agitation cérébrale. Après examen, un chirurgien, tout en n'intervenant pas de suite, la décida à subir l'opération trois jours plus tard. Cette opération, qui n'offrit rien de particulier, consista à enlever les trois quarts de l'hémisphère supérieur de la glande et des petits ganglions dans l'aisselle. La nuit suivante fut mauvaise, l'opérée eut du délire. Malgré cela, la réunion fut parfaite, sauf au niveau des drains. Mais l'état général empira de plus en plus, la température atteignit 39°,9 le soir; des plaques rouges apparurent sur l'avant-bras et la jambe, etc., à leur niveau se développèrent des collections purulentes; en même temps on vit se produire un épanchement pleural. Enfin la malade mourut.

Pour M. Verneuil, cette personne serait encore vivante si on ne lui avait pas enlevé le sein. Les opérations peuvent tuer par les accidents traumatiques partis du foyer opératoire ou en réveillent en aggravant une maladie antérieure, une propathie. C'est ce dernier fait qui s'est produit dans le deuxième cas qu'a relaté M. Verneuil : l'opération a rendu la grippe extrêmement grave.

Les pansements les mieux faits, l'antisepsie la plus parfaite, ne mettent pas à l'abri des accidents les plus graves. L'antisepsie n'est pas tout; il faut prendre en considération, quand on veut se décider à opérer, l'âge du patient, la gravité de la lésion ou de la maladie, les tares antérieures ou actuelles. C'est encore l'antisepsie que l'on oppose quand on veut tenter des essais thérapeutiques, des moyens de douceur; quand on veut parfois temporiser prudemment, attendre un diagnostic sûr.

M. Verneuil tire de sa deuxième opération les conclusions suivantes :

1° Si l'on excepte les opérations d'urgence (qui forment toujours catégorie à part) et celles que nécessitent les affections qui compliquent la grippe; toute opération qui serait permise chez un patient ordinaire sera ajournée chez un convalescent de grippe jusqu'à rétablissement complet;

2° Il est impossible sans doute de préciser aujourd'hui l'époque, très variable d'ail-

leurs, de ce rétablissement, mais on se rappellera que la convalescence est généralement tardive et les rechutes fréquentes et graves ;

3° Si l'ajournement trop prolongé de l'opération offrait de sérieux inconvénients, il faudrait l'abréger, sans doute, mais instituer, avec l'aide de l'hygiène et des indications rationnelles, un traitement pré-opératoire consciencieux.

Quand la grippe frappe un opéré ou un blessé, beaucoup de chirurgiens pensent qu'il faut s'abstenir de toute intervention qui n'est pas absolument urgente. Cependant, MM. Berger et Peyrot pensent que la grippe a peu influencé les maladies chirurgicales. Par contre, M. Demons conseille de s'abstenir de toute opération, spécialement de celles portant sur les cavités buccales, nasales, pharyngiennes et respiratoires. La tendance à la pyohémie est toujours un grand danger et cela résulte, avec évidence, des observations que vient de publier M. Bennett.

— L'Académie se réunit ensuite en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chauvel sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

Voici l'ordre de classement : En première ligne, M. Terrier ; en deuxième ligne, M. Périer; en troisième ligne, M. Berger; en quatrième ligne, M. Nicaise ; en cinquième ligne, M. Horteloup ; en sixième ligne, M. Terrillon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 2 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Pouls amygdalo-carotidien de l'insuffisance aortique. Aortisme héréditaire. — La convalescence de la grippe. — La rougeole et la diphthérie aux Enfants-Assistés en 1889. — Morphinomanie et hystérie. — Syphilis des voies respiratoires et du foie. — Pleurésie purulenee traitée par des injections intra-pleurales antiseptiques.*

M. Huchard présente un malade atteint de rétrécissement et insuffisance aortiques avec dilatation de l'aorte et ectasie artérielle généralisée. Les artères un peu volumineuses, surtout les carotides, sont le siège de battements très accentués. Cette danse des artères n'est pas extraordinaire dans la forme pulsatile de l'insuffisance aortique. Mais, chez ce malade, elle est extrêmement intense. On peut voir les parois abdominales soulevées par les battements. Enfin, si l'on inspecte la gorge, on constate un pouls pharyngo-carotidien ou amygdalo-carotidien, qu'il ne faut pas confondre avec le pouls capillaire visible de la luette et du voile, décrit récemment par Mueller et par Merklen.

Ce malade est alcoolique. Mais l'étiologie de la maladie de Hodgon reste souvent absolument muette; que l'affection porte sur le cœur (cardiopathies artérielles), sur l'aorte (aortite, dilatation et anévrysmes), sur le rein (néphrite interstitielle ou mieux artérielle), on ne trouve aucune des causes ordinairement invoquées, syphilis, alcoolisme, saturnisme, rhumatisme, tabagisme, etc.

Dans tous ces cas, on peut donc dire que l'affection est héréditaire, non point indirectement, comme pour les cardiopathies d'origine rhumatismale; ici, c'est la diathèse qu est héréditaire, mais, d'une façon absolument directe; chez les ascendants du malade, on retrouve bien souvent des dilatations, des anévrysmes de l'aorte, de l'aortite. C'est ce que M. Huchard appelle « l'aortisme héréditaire » ; ses diverses manifestations, qu'elles portent sur le cœur, l'aorte, le rein, les artères, forment un groupe d'affections très nettement héréditaires et chez lesquelles on peut voir l'influence de l'hypertension artérielle qui précède et prépare toujours le développement de l'artério-sclérose.

M. Huchard dit que la grippe a laissé de nombreux convalescents qui, d'après leur expression, ne peuvent pas « se remettre ». M. Potain signalait le 30 mars dernier, dans une de ses leçons cliniques, cette asthénie post-grippale, à propos d'un malade qui, trois mois après une atteinte légère, présentait encore un affaiblissement considérable, une véritable prostration; il avait des sueurs nocturnes, son poids avait diminué de 12 kilogrammes et l'on notait une légère altération de la respiration au niveau des bases.

M. Huchard a vu, chez plusieurs malades, de semblables phénomènes survenir dans la

convalescence de la grippe. Chez une femme de 46 ans, atteinte en décembre dernier, ce fut pendant six semaines une prostration, un affaiblissement extrême, avec cœur à peine sensible, pouls filiforme (40 à 50 pulsations par minute), légère congestion du côté droit; les aliments étaient difficilement tolérés.

M. Séglas a rapporté dernièrement des cas de vésanie dans la convalescence de la grippe. M. Huchard a vu, lui aussi, des cas semblables. La grippe laisse donc souvent à sa suite un état remarquable de dépression physique, intellectuelle et morale. Cette neurasthénie post-grippale peut être généralisée ou localisée sur certains organes; asthénie nerveuse, asthénie gastrique, cardio-vasculaire, etc.

Les localisations sur le cœur se font soit chez des malades atteints antérieurement de cardiopathie valvulaire ou artérielle, soit chez des individus qui n'avaient jamais rien eu de ce côté; dans tous ces cas, on a vu rapidement survenir des phénomènes d'adynamie cardiaque, d'embryocardie, faits qui s'expliquent par un état parétique des nerfs vagues. L'asthénie des muscles bronchiques a été déjà décrite par Graves, qui l'appelait paralysie du poumon.

M. Huchard a noté aussi des localisations médullaires, en particulier sur le centre génito-spinal, d'où une asthénie génitale très prononcée.

Ces asthénies ne sont nullement en rapport avec l'intensité de la grippe; elles succèdent, au contraire, le plus souvent aux atteintes légères.

Au point de vue thérapeutique, ce n'est point aux ferrugineux ou aux arsenicaux qu'il faudra s'adresser; ils agissent trop lentement, et d'ailleurs il n'y a pas d'anémie à proprement parler. Mais il faudra surtout agir sur le système nerveux et combattre les asthénies par des médications énergiques. M. Huchard a employé la strychnine, la caféine, les phosphates de chaux ou de soude et le phosphure de zinc.

La strychnine était prescrite sous forme de sulfate à la dose de 2 à 3 milligrammes par jour en granules, ou d'arséniate à la dose de trois ou quatre granules d'un demi-milligramme.

Dans les cas graves, on peut recourir aux injections sous-cutanées :

Sulfate de strychnine..................	0 gr. 01 centigr.
Eau....................................	10 grammes.

Deux à quatre injections par jour.

La caféine, dont M. Huchard a démontré il y a longtemps l'action tonique générale et l'action spéciale sur le système nerveux, a été employée soit en cachets d'après cette formule :

Benzoate de soude......................... }	ãã 2 grammes.
Caféine.................................... }	

en huit cachets; quatre cachets par jour, soit sous forme d'injections hypodermiques, auxquelles on peut ajouter des injections d'éther.

Enfin, parmi les préparations de phosphore, les phosphates de chaux ou de soude se donnent à la dose de 4 à 6 grammes par jour et le phosphore de zinc à la dose de 2 à 3 granules de 1 milligramme par jour.

— M. Sevestre présente la statistique des cas de rougeole et de diphthérie qu'il a a soignés dans son service des Enfants-Assistés en 1889.

Pour la rougeole : 164 cas dans le premier semestre et 56 cas dans le second.

Les enfants au-dessous de 1 an sont relativement indemnes, même lorsqu'ils sont exposés à une contagion directe.

M. Sevestre a vu des nourrissons ne pas prendre la rougeole alors même que leur nourrice en était atteinte. Enfin si l'affection les frappe, ce n'est jamais que d'une façon très bénigne. De 1 à 2 ans, et même jusqu'à 3 ans, la rougeole est grave et le chiffre des décès l'emporte sur celui des guérisons. Mais au-dessus de 3 ans une terminaison favorable est de règle.

La mortalité par rougeole a notablement diminué grâce aux mesures que M. Sevestre a fait adopter : les salles sont aérées, vastes (8 lits seulement par salle), les effets sont

désinfectés et les petits malades eux-mêmes sont tenus dans un état de proprete excessive. Mais, malgré tout, la morbidité reste toujours très grande. La propagation de la rougeole ne sera enrayée que par l'établissement d'un lazaret où les enfants seront gardés en observation pendant un temps suffisant.

Quant à la diphthérie, elle n'avait fait que 13 victimes seulement dans le deuxième semestre de 1888. Or le premier semestre de 1889 donne 51 cas. Ce retour offensif de l'affection pourrait faire penser que les mesures prophylactiques et de désinfection ont été inutiles. Elles avaient été simplement incomplètes; et bien que la diphthérie n'ait frappé que 9 enfants pendant le deuxième semestre de 1889, M. Sevestre pense que la désinfection des salles doit être recommencée, intégrale et rapide, et qu'à ce prix la diphthérie deviendra une « maladie négligeable » aux Enfants-Assistés.

— M. Jules Voisin rapporte deux observations de morphinomanie chez des hystériques. Ces deux malades, un homme (qui est en outre tabétique) et une femme ont été guéris par la suppression brusque du médicament. Dans les deux cas il n'y a eu aucune attaque d'hystérie pendant toute la durée de l'intoxication.

Mais une heure et demie environ après la dernière piqûre, les malades ont commencé à éprouver une angoisse et une obsession qui augmentaient peu à peu; bientôt on put noter de l'hémi-anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, l'achromatopsie, la diplopie monoculaire et binoculaire, l'anosmie, la surdité, la réapparition de zones hystérogènes, le spasme de la glotte, enfin tous les stigmates psychiques et physiques de l'hystérie coïncidant avec le besoin impérieux du médicament, l'idée fixe de la piqûre.

La femme eut même des accès de manie et l'homme des idées de suicide. Mais enfin, au bout de six jours chez celui-ci et de trois jours chez celle-là, tous ces phénomènes disparurent et la guérison put être regardée comme complète. Chez la femme cependant M. Voisin a noté ces jours-ci, après 15 jours d'un état excellent, quelques symptômes nerveux coïncidant avec le retour des règles.

Tous ces faits conduisent à penser que, chez les individus dégénérés, la morphinomanie est une véritable psychose, absolument comparable à la dipsomanie, ce qui explique les rechutes éloignées. L'intoxication par la morphine, comme toutes les intoxications en général, développe l'état hystérique, non point pendant que le malade est sous l'influence du médicament, mais au moment de sa suppression. Alors se manifeste cet « état de besoin », que d'ailleurs on peut calmer par une injection d'eau pure, ce qui prouve bien qu'il doit être rattaché à un état psychique.

M. Ferrant : On n'est pas en droit de conclure que le besoin de morphine est absolument imaginaire en s'appuyant sur ce fait que l'injection d'eau pure procure un soulagement. S'il en était ainsi, les occupations de la vie ordinaire pourraient, dans quelques cas, causer l'oubli d'une piqûre. Cela n'arrive jamais, j'ai pu très nettement le constater chez une morphinomane de ma clientèle. Le besoin n'est donc pas imaginaire. Le morphinomane a besoin de morphine, comme l'alcoolique a besoin d'alcool. J'ai observé, comme M. Voisin, les bons effets des injections d'eau pure chez une phthisique, et cependant cette femme ne présentait personnellement ou héréditairement aucun antécédent nerveux.

M. Juhel-Renoy a soigné une dame de 50 ans nullement hystérique, devenue morphinomane au cours d'une sciatique. On jugea nécessaire de substituer l'eau pure à la morphine. Or, quarante-huit heures après, elle mourait subitement dans une syncope.

M. Merklen : Ce qui vient à l'appui de l'opinion de M. Voisin lorsqu'il considère « l'état de besoin » comme une véritable psychose, c'est ce fait que de nombreux morphinomanes supportent bien la suppression de la morphine lorsqu'on les enferme dans un asile.

M. Merklen demande à M. Voisin s'il croit la guérison possible par la diminution graduelle du poison, et si la mort subite après suppression brusque, ainsi que M. Juhel-Renoy vient d'en rapporter un cas, est fréquente.

M. Voisin croit à la possibilité de la suppression graduelle, mais seulement lorsque les malades sont enfermés dans un asile. Quant à la mort subite après suppression

brusque de la morphine, on en a cité de nombreux cas, mais M. Voisin n'en a jamais vu.

M. Raymond : La gravité de la suppression de la morphine dépend du degré d'intoxication. A la longue, chez les morphinomanes, il se produit des modifications anatomiques du côté de certains organes, tels que le cœur, le rein. La suppression brusque de la morphine peut entraîner un arrêt également brusque de la fonction de l'organe atteint. Si le cœur, par exemple, est très touché, ce malade pourra succomber à une syncope, comme dans le cas de M. Juhel-Renoy.

Quant à la création d'une hystérie par la morphine, on ne peut la nier, les hystéries toxiques n'étant plus aujourd'hui contestables.

M. Guyot a guéri une malade par la suppression brusque, mais au prix d'une surveillance continue pendant trois jours et trois nuits. La malade a eu de telles syncopes, son état était tellement effrayant que M. Guyot n'oserait pas recommencer une pareille expérience.

M. Letulle a, dans son service, un cardiaque mitral et asthmatique qui a essayé lui-même de se guérir, en mélangeant de la cocaïne à la morphine de ses injections. Actuellemant il prend chaque jour 0 gr. 75 centim. de morphine et 0 gr. 25 centim. de cocaïne; il prenait autrefois des quantités de morphine bien plus considérables. Mais il est à prévoir que les accidents de cocaïnisme se montreront bientôt.

M. Raymond présente les pièces anatomiques d'un malade mort dans son service le 25 avril, à l'âge de 52 ans. Il avait eu un chancre infectant huit ans avant, et n'avait pas suivi un traitement régulier. A son entrée à l'hôpital, il présentait des manifestations cutanées très nombreuses, syphilides et psoriasis syphilitique; en outre, une aphonie presque complète, du cornage trachéo-laryngien rendant très difficile l'auscultation des poumons, à la base desquels on pouvait cependant percevoir des foyers de râles crépitants; submatité des deux côtés; léger épanchement à gauche. Foie douloureux à la pression. Température, 40°. Quatre jours après son entrée, le malade mourait dans une syncope.

Voici les résultats de l'autopsie : Rien sur l'épiglotte; cartilages durs, ossifiés, cordes vocales tendues, dures, atrophiées; pas d'ulcérations ni de cicatrices; un point de nécrose à la base de la grande corne du thyroïde avec pseudarthrose en ce point. Dans la trachée, une série de syphilomes s'étendant jusqu'à la bifurcation de ce conduit; rien dans les bronches. Dans le foie, gommes nombreuses; l'une d'elles avait le volume d'un œuf de poule, était légèrement ramollie et une hémorrhagie s'était produite à son centre. Périostose des tibias, épaississement des os du crâne. Anévrysmes miliaires dans le cerveau. Léger épanchement pleurétique à gauche. Noyaux de broncho-pneumonie dans les deux poumons.

Cette pleurésie et cette broncho-pneumonie étaient-elles de nature syphilitique? Il est bien difficile de le dire; elles ne présentaient aucun caractère spécial.

Enfin, sur le côté droit de la trachée, un ganglion induré énorme aplatissait ce conduit et comprimait en même temps le récurrent de ce côté.

M. Fernet communique une nouvelle observation de pleurésie purulente guérie par des injections intra-pleurales antiseptiques.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, déménageur entré à l'hôpital en octobre pour une pneumonie qui guérit très bien. En allant à Vincennes, le malade prit froid, eut des frissons et ressentit le lendemain un point de côté. Il passe trois semaines à l'infirmerie et revient dans le service de M. Fernet. Il présentait à ce moment de la bouffissure de la face, une teinte subictérique, de la fièvre à grandes oscillations.

A l'auscultation, des signes douteux de pleurésie à droite; mais le foie était abaissé. Le diagnostic de pleurésie purulente est porté, et la ponction amena, en effet, du liquide purulent. Mais on avait dû enfoncer le trocart à une profondeur de 5 à 6 centimètres, et l'on n'était arrivé sur le foyer qu'en traversant une lame de tissu pulmonaire induré.

Il s'agissait donc d'une pleurésie purulente enkystée de la plèvre diaphragmatique. Pensant que, dans ce cas, l'empyème serait bien difficile et aurait peu de résultats, M. Fernet voulut essayer les injections antiseptiques. Il fit, tous les trois ou quatre jours,

des ponctions qui évacuaient le liquide et lui permirent d'injecter chaque fois 10 à 15 grammes de liqueur de Van Swieten.

Au bout de huit ou dix jours, l'état général était considérablement amélioré ; plus de fièvre, la teinte subictérique avait disparu, l'appétit revenait. M. Fernet fit ainsi neuf ponctions suivies d'injection de liqueur de Van Swieten, les dernières plus espacées que les premières.

Mais malgré tout, la suppuration ne tarissait pas. La neuvième ponction donnait encore 200 grammes de pus. M. Fernet injecta alors 150 grammes de liqueur de Van Swieten, dont il ne put retirer que 40 grammes environ, l'aiguille s'étant bouchée à ce moment. Le malade n'eut d'ailleurs aucun accident sérieux.

Pour supprimer la suppuration, on pensa alors à des injections avec la solution hydro-alcoolique de naphthol préparée suivant la formule de Bouchard.

Naphthol β.....................	5 grammes.
Alcool à 90°.....................	33 —
Eau distillée q. s. pour 100 c. c...	

On fit quatre injections de cette solution, chaque injection étant de 15 à 20 grammes. Le foyer purulent fut alors complètement tari. Plusieurs ponctions n'ont donné depuis lors qu'un peu de liquide séro-fibrineux. On peut donc dire que le malade est guéri.

L'examen bactériologique, pratiqué par M. Netter sur le liquide extrait dans la deuxième ponction, n'a permis de trouver ni pneumocoques, ni streptocoques ; les micro-organismes avaient probablement été détruits par la première injection antiseptique.

Du fait qu'il vient de rapporter et de considérations qu'il développe longuement, M. Fermet conclut :

1° La méthode de traitement de certaines pleurésies infectieuses, purulentes ou non, par des ponctions suivies d'injections antiseptiques est rationnelle, puisqu'elle répond à ces deux indications ; évacuer les produits infectieux et combattre l'infection du foyer morbide.

2° Cette méthode est surtout applicable aux collections purulentes circonscrites et limitées, que les injections antiseptiques stérileront facilement. Dans les cas ou le foyer purulent siège profondément (pleurésies interlobaires, médiastines, diaphragmatiques), la méthode des injections est seule applicable.

3° Les modes d'applications de cette méthode et les différents antiseptiques à employer ne sont pas encore parfaitement déterminés, mais les excellents résultats obtenus jusqu'à ce jour doivent être pris en considération ; ils provoqueront de nouvelles recherches.

COURRIER

Société de médecine de Paris. — Séance du 10 mai 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Wickham : Présentation d'un nouvel aspirateur à graviers. — 2. M. Leudet : Phthisie pulmonaire et bacille tuberculeux. — 3. M. Desnos : Calcul ayant pour noyau une épingle à cheveux. Taille vésico-vaginale.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'épidémie de grippe dont nous sortons à peine, et qui a marqué son passage par tant de désastres, nous laissera au moins comme compensation une série de travaux remarquables relatifs aux faits communs et extraordinaires observés pendant son cours.

Parmi ces travaux pourra prendre place celui que M. Verneuil vient de communiquer à l'Académie. L'attention de notre maître, toujours en éveil lorsqu'il s'agit des rapports entre une maladie infectieuse et les affections chirurgicales, ne pouvait laisser échapper les faits relatifs aux rapports de la grippe et de ces affections qui sont passés à sa portée. Ces faits sont encore peu nombreux, assurément; mais tout chirurgien en a observé un ou plusieurs, et en les réunissant, en les classant, en les groupant, M. Verneuil est déjà arrivé à en tirer d'importantes conclusions, à savoir : que la grippe possède des propriétés pyogéniques des plus fâcheuses; que les opérés ou blessés sont exposés à présenter des foyers purulents soit au siège de leur blessure, soit à distance, comme dans l'ancienne pyohémie; que des affections locales bénignes peuvent, sous l'influence de la grippe,

FEUILLETON

CAUSERIE

Nécessité de considérer l'hypnotisme comme un médicament dangereux et d'en réglementer l'emploi.

Messieurs les ministres de la guerre et de la marine viennent d'interdire officiellement les séances d'hypnotisme chez les soldats, et ils ont fort bien fait.

M. le docteur Th. David, député des Alpes-Maritimes, a demandé de faire rentrer l'hypnotisme dans l'exercice de la médecine, et de le réglementer comme un moyen dangereux de produire l'anesthésie, analogue au chloroforme, à l'éther, etc., et il a également eu grandement raison.

Tant qu'on a considéré l'hypnotisme comme un amusement, et qu'on n'en a pas eu constaté les dangers, on a pu rire des contorsions et grimaces des malheureux *sujets;* on a pu tolérer, sinon autoriser les séances publiques dans lesquelles un homme fort, médecin ou non, faisait passer son fluide chez une créature faible, homme ou femme, l'endormait au moyen de passes plus ou moins magnétiques, et lui faisait faire divers exercices plus ou moins intéressants pour le public. Maintenant qu'on sait que des accidents graves peuvent survenir chez les *sujets* à la suite de ces séances d'hypnotisme, et

s'aggraver considérablement, suppurer, et devenir le point de départ de ces abcès métastatiques qu'on ne connaissait plus depuis la période antiseptique de la chirurgie; enfin, que la grippe elle-même, en voie de guérison ou même guérie en apparence, peut, sous l'influence d'une blessure accidentelle ou chirurgicale, se réveiller et compliquer gravement l'état du blessé ou de l'opéré.

Ces notions sont des plus importantes à connaître au point de vue des opérations à pratiquer en temps d'épidémie. Le regretté professeur Trélat, voyant chez ses opérés, quarante-huit heures après l'opération, la température monter brusquement à 40°, se demandait si quelque complication ne partait pas de la plaie, et, pour s'en assurer, dépansait ses patients : la plaie était parfaite, l'élévation de la température était occasionnée par une attaque intercurrente de grippe. Bien que la plaie n'en souffrît pas, il n'était pas moins effrayé de cette fièvre soudaine et n'osait plus opérer que les cas urgents.

Les exemples cités par M. Verneuil montrent encore que l'antisepsie est capable de mettre le foyer opératoire à l'abri de toute complication, mais que la mort n'en survient pas moins, soit par la broncho-pneumonie qui accompagne la grippe, soit par les foyers métastatiques qui surviennent suivant leur ancienne mode insidieuse. Les plaies cependant souffrent du mauvais état général du malade, car M. Trélat a vu chez ses opérés les plaies ouvertes, pansées antiseptiquement, ne faire que peu de progrès pendant le cours de la grippe, et ne reprendre leur marche vers la cicatrisation qu'après la cessation de la fièvre.

Il est évident que les faits mentionnés par M. Verneuil et dûs à MM. Demont (de Bordeaux), Trélat, Bennett (de Londres), Prengrueber, etc., sont encore trop peu nombreux pour permettre des conclusions fermes; aussi serait-il heureux que ceux de ses confrères qui ont eu l'occasion d'en observer de semblables voulussent bien les lui communiquer.

Nous transmettons d'autant plus volontiers son appel à nos lecteurs, que ceux-ci ont déjà bien voulu y répondre, lorsque antérieurement notre cher

---

que ce moyen, employé avec discernement chez certains malades, peut leur rendre de grands services, il faut considérer l'hypnotisme comme un médicament, et en réserver exclusivement l'usage, par un article de loi, aux médecins diplômés.

Ce n'est pas la première fois que l'on demande la réglementation de l'hypnotisme.

En 1888, une commission nommée par l'Académie de médecine de Belgique pour examiner la question, a, par l'organe de son rapporteur, M. le docteur Masoin, formulé la conclusion suivante : « La commission, considérant que les séances publiques d'hypnotisme offrent des dangers pour la moralité et la santé publiques, estime que les séances doivent être interdites par le législateur. » L'un des orateurs qui ont pris la part la plus brillante à la discussion, M. le docteur Boddaert, terminait ainsi son discours : « L'hypnotisme apparaît comme un modificateur nouveau de l'organisme humain, avec de sérieux avantages et des dangers non moins réels. Ces dangers, Messieurs, vous êtes appelés à les signaler et à les prévenir; vous avez reçu du gouvernement la garde de la santé publique. En adoptant les conclusions de vos commissaires, en condamnant les séances publiques des magnétiseurs, vous affirmerez que la période charlatanesque (je n'avais pas osé dire le mot, mais je n'hésite pas à le reproduire) est irrévocablement passée pour l'hypnotisme, qu'il doit être manié désormais avec l'attention que son importance lui mérite, avec la prudence que ses dangers imposent. Confié d'une manière définitive aux hommes de science, il fournira un puissant moyen d'investigation au philosophe et au physiologiste, une ressource thérapeutique précieuse au médecin. »

Ainsi, M. Boddaert et moi sommes parfaitement d'accord : l'hypnotisme est un médi-

maître a fait ses enquêtes si fructueuses sur la contagion de l'érysipèle et sur l'origine du tétanos.

— Mercredi dernier un grand nombre de nos maîtres et de leurs élèves les plus distingués s'étaient réunis à l'Hôtel Continental, sous la présidence de M. le professeur Bouchard, pour offrir un banquet à M. Laveran. Le but de ce banquet, dont l'idée est due à M. Verneuil, était double; il s'agissait de bien affirmer devant ceux qui méconnaissaient encore la propriété de la découverte des microbes de la malaria à M. Laveran, que c'était bien à notre éminent et modeste compatriote que devait revenir en entier l'honneur de cette découverte; de plus, on voulait donner à M. Laveran le témoignage de haute estime que lui mérite l'importance de ses travaux. Ces pensées ont été développées, beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire, dans les toasts qui lui ont été portés par MM. Bouchard, Straus, Collin, et enfin par M. Verneuil, qui a bu à l'heureuse alliance de la médecine civile et de la médecine militaire.

L'Institut était représenté par MM. Bouchard, Chauveau, Verneuil, Larrey; la Faculté de médecine par MM. Debove, Straus, Mathias Duval, Dieulafoy, Landouzy, Joffroy, Hanot, Quinquaud, Hallopeau, Chantemesse; l'Ecole du Val-de-Grâce, par MM. Villemin, Kelsch, Collin, Burlureaux, etc.; l'Institut Pasteur, par MM. Nocard, directeur de l'Ecole d'Alfort, Roux et Metschnikoff. Enfin, plusieurs médecins des hôpitaux, comme M. Millard, avaient tenu à honneur de se joindre à cette manifestation imposante, que MM. Straus et Charrin avaient habilement organisée. — L.-H. P.

De l'emploi des eaux minérales dans le diagnostic de la pierre dans la vessie.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 9 novembre 1890,

Par le docteur P. Bouloumié.

En l'absence de ceux de nos collègues qui devaient prendre la parole et

---

cament précieux, mais dangereux; donc il faut le réserver aux seuls médecins. Je dois dire qu'avant l'Académie de médecine de Belgique, M. le docteur Ladame (de Genève) avait déjà émis la formule suivante, qui résume admirablement ce que beaucoup d'esprits sérieux pensaient à cet égard : « La pratique de l'hypnotisme appartient complètement à l'art de la médecine et doit être soumise aux lois et règlements qui s'appliquent à l'exercice de cet art. »

Enfin, pour en finir avec ces citations, rappelons la proposition faite par M. le docteur Bérillon à la section d'hygiène du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran, en avril 1888, et adoptée par la section : « Je demande que la section d'hygiène appelle par un vote l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réglementer promptement la pratique de l'hypnotisme et de l'assimiler à toute autre application d'un procédé quelconque de l'art de guérir. »

* * *

C'est là, en effet, le côté important de la question : l'hypnotisme peut servir à guérir certaines maladies et, en faveur de cette propriété, on peut lui pardonner les méfaits qu'il a causés, mais à la condition de l'exclure du domaine public pour le renfermer exclusivement à l'avenir dans le domaine de la science. Les preuves sont faites : l'hypnotisme peut être employé en thérapeutique de deux façons, comme anesthésique, en plongeant le patient dans un sommeil assez profond pour qu'on puisse pratiquer sur lui une opération chirurgicale d'assez longue durée, et sans douleur; en suggérant au patient

de communications à l'ordre du jour de la séance, permettez-moi de vous entretenir quelques instants d'un cas confirmatif des idées que je soutenais, en 1876, contre l'opinion de la plupart de mes confrères, au sujet de l'*inutilité ou du danger de l'emploi des eaux minérales de Vittel ou de Contrexéville comme moyen de diagnostic de la pierre dans la vessie.* L'occasion m'en est fournie par un malade que j'ai soigné cette année à Vittel, et chez qui notre collègue M. Dubuc vient de constater la présence d'un calcul vésical.

Je disais en 1876 : « On dit et on répète tous les jours qu'un excellent moyen de rendre évidente la présence d'une pierre dans la vessie consiste à envoyer son malade à Contrexéville ou à Vittel, et à lui faire boire à outrance les eaux diurétiques de ces stations; je n'hésite pas à déclarer que c'est là un très mauvais moyen, très souvent *infidèle* et souvent plus ou moins *dangereux*, quand il n'est pas infidèle. » Les faits que j'ai observés depuis, et ceux qui ont été publiés sept ans plus tard par Brongniart, ont confirmé ces appréciations.

De deux choses l'une, en effet, ou bien on exagère les symptômes et on les transforme en accidents, ou bien on les atténue et on les dissipe même pour un temps. Dans le premier cas, on met le malade dans des conditions plus mauvaises pour supporter l'intervention chirurgicale nécessaire; dans le second, on retarde le moment de cette intervention en laissant à tort au calcul le temps de s'accroître, De sorte que, même lorsqu'on a obtenu un résultat symptomatique favorable, on a été à l'encontre du but à atteindre : débarrasser au plus tôt le malade de son calcul.

Le malade qui me suggère ces réflexions est un homme de 62 ans, de constitution robuste, de santé habituelle très bonne. Depuis deux ans, il constate par intervalles des dépôts rougeâtres formés d'acide urique et d'urates. La présence de ces dépôts ne s'est plus accusée depuis une saison faite l'an dernier à Contrexéville, jusqu'à la fin de mai de cette année.

---

que la maladie dont il est atteint doit le quitter, qu'il n'en éprouvera plus les symptômes et que la guérison leur succédera peu à peu. Tels sont les faits d'anorexie, d'incontinence nocturne de l'urine, de contractures musculaires, guérissant en quelques séances, après qu'un médecin, pendant le sommeil hypnotique, affirmait au patient qu'il aurait faim désormais, qu'il n'urinerait plus pendant la nuit sans le vouloir, ou que sa jambe rétractée et déviée en dedans ou en dehors allait s'allonger et qu'il pourrait marcher comme tout le monde.

*
* *

J'ai déjà adressé mes respectueuses félicitations à M. le ministre de la guerre pour avoir bien voulu interdire les séances d'hypnotisme dans l'armée. Il a aussi, je crois, fait tous ses efforts pour supprimer les brimades. Voici cependant une petite histoire qui tient à la fois de l'hypnotisme et de la brimade et qui s'est terminée d'une manière tragique ; elle prouve donc qu'on n'a pas encore tenu assez compte, dans l'armée, des instructions de M. le ministre, et qu'il serait bon d'y insister encore.

Quelques journaux nous ont appris en effet, il y a deux ou trois semaines, que le conseil de guerre de la division militaire de Lyon s'était réuni pour juger une affaire des plus délicates.

Le 18 octobre dernier, un réserviste, du nom de Nuy, arrivait à Châlons pour y faire une période d'exercices de vingt-huit jours. Dès son arrivée au corps, il paraissait triste et taciturne, s'isolant volontiers de ses camarades, ou ne leur adressant la parole que pour les besoins du service.

A cette époque et depuis : douleur uréthrale après l'émission des urines, avec ténesme et parfois douleur vive pendant cinq minutes environ.

Urines parfois très épaisses, boueuses, parfois brunes (hématurie, très probablement?). Jamais de douleurs dans les reins; urines en quantité normale. Voies digestives en bon état; pas d'hémorrhoïdes.

Quelques douleurs musculaires depuis deux ans. Rien de thoracique.

Les urines présentent, à l'arrivée à Vittel, un excès de matières extractives, quelques rares cristaux d'acide urique pâle, quelques globules blancs.

L'hypothèse de la présence d'un calcul dans la vessie s'imposant, le traitement est prescrit et suivi avec modération; les symptômes se calment très promptement, mais, le dixième jour de la cure, le ténesme reparaît à la suite d'une course de quatre heures en voiture, sans modification d'aspect des urines. Cette légère recrudescence se calme rapidement et, durant toute la deuxième période du traitement, aucun symptôme d'irritation vésicale ne reparaît, aucun symptôme de présence de pierre vésicale n'est révélé par l'examen des urines. Une promenade en voiture assez prolongée est même faite sans que les symptômes antérieurs reparaissent. Il n'y a plus que quelques douleurs légères de névralgie sciatique.

Mes soupçons se dissipant dès lors, je n'insiste plus auprès du malade pour pratiquer l'exploration, mais je lui recommande de se soumettre, sans tergiversation cette fois, à cette petite opération si les symptômes se manifestent de nouveau, et j'autorise un petit voyage projeté avant la cure.

Depuis lors, je n'ai plus eu de nouvelles du malade que par notre collègue M. Dubuc, qui m'a appris à la sortie de notre dernière réunion qu'il avait vu le malade quelques jours auparavant et qu'il avait constaté, chez lui, la présence d'un calcul.

Voilà donc encore un cas dans lequel le traitement hydrominéral, ayant amené une amélioration symptomatique des plus manifestes, a contribué à faire écarter pendant quelque temps l'idée de présence d'un calcul dans la vessie et qui démontre une fois de plus que l'emploi des eaux de Vittel *comme moyen de diagnostic de la pierre* est mauvais, quoi qu'on en ait dit.

Il accomplissait d'ailleurs régulièrement sa tâche, mais il s'adonnait à la boisson et passait pour un alcoolique.

Le 30 au matin, se sentant indisposé et la tête lourde, Nuy voulut se faire dispenser de la manœuvre. Il se rendit pour cela à la visite du major.

Que se passa-t-il alors pendant le temps qui précéda son entrée dans le cabinet du médecin ? Il serait peut-être bien difficile de le dire d'une façon précise. Ce qui paraît vraisemblable, c'est qu'il fut fortement plaisanté par plusieurs soldats qui attendaient, eux aussi, leur tour. Profitant même de la faiblesse dans laquelle il se trouvait, ils s'ingénièrent à lui persuader qu'il était fou, hypnotisé, ou tout au moins sous l'influence d'un mauvais génie. On est superstieux dans les campagnes ; volontiers on croit encore aux enchantements, aux fées, aux lutins dont l'unique plaisir, comme la seule occupation, est de faire du mal aux malheureux mortels.

Nuy, originaire du hameau de Tageat, en Saône-et-Loire, et marchand ambulant de sa profession, c'est-à-dire passant sa vie dans les campagnes, au milieu des paysans et des valets de ferme, se laissa-t-il influencer et terrifier par ces propos idiots ? C'est probable, car lorsqu'il pénètra auprès du major, il avait le visage rouge et convulsionné, les yeux démesurément ouverts et le corps tout couvert de sueur.

Le médecin militaire, en le voyant dans cet état anormal et sachant qu'il était réserviste, crut avoir devant les yeux un vulgaire fumiste cherchant à le tromper et à s'exonérer ainsi du service. Il le renvoya au quartier, se refusant à voir en lui un malade.

Nuy rentra dans sa chambre, très affecté des paroles qui lui avaient été dites par ses

On m'objectera que je n'ai pas employé le traitement dit « traitement d'épreuve », que j'ai ménagé le malade; cela est vrai, mais je considérerais comme irrationnel et anti-médical d'agir autrement et, suivant la même formule, de faire boire à outrance et de soumettre le malade à des courses prolongées à pied et en voiture pour développer des accidents qui, s'ils ont le mince avantage de ne pas laisser de doute au point de vue du diagnostic, ont le grave inconvénient de provoquer des douleurs inutiles et de mettre pour plus ou moins longtemps le malade dans des conditions très défavorables à l'intervention chirurgicale indispensable.

Je conclus donc aujourd'hui comme je concluais en 1876 : le traitement par les eaux de Vittel des malades soupçonnés porteurs d'un calcul vésical, atténuant les symptômes s'il est dirigé avec précautions, les exagérant au point de transformer ces symptômes en accidents de la maladie, s'il est employé trop énergiquement, ne saurait être véritablement indiqué, préalablement à la lithotritie, que si des raisons spéciales suffisantes existaient, fournies par l'état de l'appareil urinaire ou de l'organisme en général. En dehors de ces cas, tout exceptionnels, le cathétérisme explorateur s'impose avant l'envoi aux eaux minérales.

BIBLIOTHÈQUE

La glycogénie animale, par le professeur J. Seegen (de Vienne). Paris, G. Masson, 1890.

Je suis d'autant plus heureux de présenter ce livre à nos lecteurs que l'auteur, un des plus compétents dans la question du diabète, s'est inspiré, dans les études dont il nous donne aujourd'hui l'exposé, de la théorie de la glycogénie animale émise par notre éminent compatriote Claude Bernard. Alors que cette théorie, représentant la glycogénie comme une fonction physiologique du foie, avait été battue en brèche, puis abandonnée par les physiologistes français, qui considéraient, avec Pavy, le glycogène trouvé dans le foie comme un phénomène cadavérique, elle était reprise, puis confirmée par Seegen. En

camarades. Ses dents claquaient. Il se jeta sur sa paillasse et supplia un nommé Jacquet et plusieurs autres soldats, ses voisins, de ne pas l'abandonner.

— Je deviens fou! Ne m'abandonnez pas! Je sens qu'un mauvais génie rôde autour de moi! s'écriait le malheureux dont une écume blanchâtre mouillait les lèvres.

Ses camarades durent cependant le quitter pour accomplir leur service. Lorsqu'ils revinrent, au bout de deux heures, ils retrouvèrent Nuy endormi d'un sommeil fort calme. Quelques instants après, il se levait, paraissant dans un état normal.

La scène qui s'était passé le matin ne devait pas, semblait-il, avoir de suite, lorsque, vers le soir, au moment où Nuy traversait la cour du quartier, un des soldats qui avaient été à la visite le matin, en même temps que lui, s'approcha et lui dit :

— Dis donc, Nuy, tu sais que tu es maguétisé! Si tu veux me donner vingt-cinq francs, je te ferai revenir comme tout le monde.

En entendant ces paroles, le malheureux Nuy fut pris d'une rage folle. D'un mouvement rapide, il dégaine, et, avant même qu'on eût pu prévoir ce qu'il voulait faire, il porta sept coups de baïonnette dans la poitrine de son infortuné camarade. On eut toutes les peines du monde à s'en rendre maître. La vue du sang l'avait grisé, et il voulait transpercer tous ceux qui l'approchaient.

Nuy fut aussitôt traduit devant le conseil de guerre de Bourges. Les rapports médicaux ayant conclu à son entière responsabilité, il fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Mais le jugement fut cassé, pour vice de forme, par le conseil de revision de Paris.

prenant sur un grand nombre d'animaux le sang de la veine-porte, puis des veines sus-hépatiques, le professeur de Vienne démontra que ce dernier contenait une quantité de sucre beaucoup plus grande que le premier, et, de plus, que la glycogénie, qui persiste dans le foie après son extraction de l'organisme, n'est pas un phénomène cadavérique, mais, au contraire, le résultat de la survie de la cellule hépatique et qu'il est possible d'accroître et d'entretenir l'activité glycogénique en prolongeant la vie de cette cellule par son contact avec du sang artériel.

Mais contrairement à ce que pensait Claude Bernard, Seegen a reconnu que ce n'est pas le glycogène, mais les substances albuminoïdes et les corps gras qui constituent les matériaux de la glycogénie; il a démontré en outre que le sucre du sang doit suffire à l'accomplissement de toutes les fonctions physiologiques. Cette doctrine capitale en physiologie, Seegen en reporte tout l'honneur à Claude Bernard, et lorsqu'elle sera admise par tous, dit-il, « alors seulement la gloire du grand homme qui a découvert la fonction glycogénique du foie sera consacrée par un monument plus durable que l'airain, un monument qui aura ses fondements dans la science même et sera aussi impérissable qu'elle ».

Nos savants ne sont pas habitués à une telle glorification de la part des étrangers; aussi faut-il féliciter M. le docteur Hahn de nous avoir donné la traduction du livre de Seegen, et M. G. Masson de l'avoir édité avec tout le soin qu'il apporte d'habitude à ses bons livres. — L.-H. Petit.

REVUE DES JOURNAUX

Le naphtol en chirurgie, par le docteur Poirson. (*Revue de thér. méd. chir.*, 1889, 11.) — L'auteur préconise une solution dont voici la formule :

Naphtol β	0 gr. 75 centigr.
Faites dissoudre dans l'alcool camphré	1 gramme.
Puis agitez avec collodion riciné	10 grammes.

Ce collodion est maniable et très adhérent; il est utile comme pansement occlusif et antiseptique, et on peut l'employer aussi contre l'érysipèle et les pustules de variole.

L'auteur préconise encore le glycéré au naphtol :

Jugé une seconde fois, le malheureux vit le premier arrêt confirmé par le conseil de Lyon.

*
* *

L'hypnotisme, qui n'avait pas grand chose à faire ici, probablement, ne cause pas souvent d'aussi lugubres aventures, et M. Liégeois en a raconté qui, au moins, ont fait rire leurs auteurs.

M. Th..., jeune homme de 25 ans, et Mme D... sont en présence. M. Liégeois persuade à M. Th... qu'il est devenu une nourrice. Celui-ci entra pleinement dans ce rôle imprévu et le vécut plutôt qu'il ne le joua. Chez M. et Mme D..., en présence du père et de la mère de cette dernière, on lui remit entre les bras un poupon formé de quelques morceaux d'étoffe; il le prit avec précaution, ouvrit delicatement un corsage fictif, donna au bébé un sein imaginaire et dit pudiquement : « Je me tourne parce qu'il y a du monde. »

Mme D... riait à se tordre. Puis, l'allaitement terminé, elle désire endormir elle-même M. Th...; celui-ci prétendit que c'était plutôt lui qui endormirait la jeune femme. M. Liégeois les mit en présence l'un de l'autre, et, tandis qu'ils se regardaient longuement, leur fit des passes qui les endormirent tous deux.

Cela est amusant, mais il ne faut plus en user, parce qu'on en a abusé.

Simplissime.

Naphtol β	1 gramme.
Alcool camphré	2 grammes.
Glycérine	18 —

que l'on emploie pour le pansement des plaies à la campagne.

Dans la dacryocystite, la blennorrhagie, il conseille la préparation suivante :

Naphtol β	0 gr. 50 centigr.
Esprit-de-vin rectifié	q. s. pr dissoudre.
Glycérine à 30°	22 grammes.
Eau	250 —

Il faut faire dissoudre le naphtol dans l'esprit-de-vin, ajouter la glycérine; verser dans l'eau préalablement introduite dans le contenant, puis agiter. On a ainsi une solution avec aspect chatoyant dû à un excès du naphtol en suspension.

Le naphtol camphré peut exister sous deux formes :

a) Le camphre naphtolé à saturation :

Camphre........ 8. Naphtol β........ 5

b) Le naphtol camphré à saturation :

Naphtol........ 5. Camphre........ 12

Le premier est excellent contre les ulcères de mauvaise nature. — P. N.

Lavements de sang, par le docteur Smith. (*Revue de thér.*, 1889, 11.) — 1° Le sang défibriné est un aliment précieux pour la nutrition par le rectum;

2° Administré à la dose de 60 à 200 grammes, il est bien supporté et s'absorbe facilement;

3° Administré une ou deux fois par jour, il détermine presque toujours, dans les premiers temps, un certain degré de constipation qui persiste et augmente si on continue les lavements; il peut même y avoir irritation de l'intestin;

4° Quand l'alimentation stomacale est insuffisante, l'alimentation rectale par le sang défibriné est très utile;

5° Les lavements de sang sont indiqués dans les cas où le gros intestin est sain et où on a besoin de toniques qui ne peuvent être absorbés par la voie ordinaire;

6° Dans les cas favorables, le sang peut donner à la nutrition une impulsion rarement obtenue par d'autres moyens;

7° Son emploi est absolument inoffensif. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 avril 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance imprimée* comprend, outre les journaux et revues de la quinzaine, une brochure intitulée : *Action de la glace et de l'eau froide dans le traitement de la diphthérie*, par le docteur Bleynie, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Poitiers; — *Rapport sur la marche de l'épidémie de grippe dans la Seine-Inférieure pendant les mois de novembre-décembre* 1889 *et janvier-février* 1890, présenté à la Société de médecine de Rouen par le docteur Raoul Bunnon.

M. le Président : Messieurs, j'ai le regret de vous annoncer la mort de M. le docteur Antonin Martin, membre honoraire de notre Société.

M. le docteur Martin était depuis fort longtemps des nôtres, il a été succesivement secrétaire annuel, membre du conseil d'administration, et a rendu, à ces divers titres, des services à notre Société.

Assistant fréquemment à nos séances, il a pris part à de nombreuses discussions sur l'hygiène et la chirurgie d'armée.

Il laisse parmi nous le souvenir d'un collègue affable, courtois, estimé de tous.

— M. Nicolas fait hommage à la Société de sa brochure intitulée : *Le brouillard*, rapport fait à la Société française d'hygiène.

— M. Duroziez lit un travail sur le *pouls des veines pulmonaires dans l'insuffisance mitrale.* (Sera publié.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la *tuberculose*.

M. Abadie : Je désirerais dire encore quelques mots au sujet de la contagion. L'idée ancienne qu'on se faisait de la contagion était qu'il suffisait de vivre dans le voisinage du sujet contaminé pour contracter sa maladie. Il semblait que de l'individu malade s'exhalaient des miasmes pathogènes qui allaient se répandre sur tous ceux qui l'entouraient. Aujourd'hui nos connaissances précises en bactériologie ne nous permettent plus d'envisager les choses de la même façon. Au lieu d'employer le qualificatif de contagieux pour certaines maladies, il est préférable d'employer celui d'infectieux et de rechercher dans quelles conditions a lieu l'infection. Alors il ne sera plus possible de discuter indéfiniment sur les mots et tout le monde sera d'accord.

Prenons, par exemple, la phthisie : les uns pouvaient soutenir qu'elle n'est pas contagieuse et ils avaient raison, car il est possible à un sujet quelconque de vivre indéfiniment aux côtés d'un malade tuberculeux sans contracter sa maladie, mais à la condition toutefois de prendre certaines précautions; d'autres pourront affirmer avec autant de raison en apparence que la phthisie est contagieuse et ils auront raison également, en ce sens qu'en cohabitant avec un phthisique, si on ne prend pas certaines précautions, on risque de contracter sa maladie.

On comprend tout de suite la confusion qui résulte de ces diverses manières d'envisager la question contagion. Mais la confusion cesse et l'accord commence quand on dit que la phthisie est une maladie infectieuse causée par l'introduction dans l'organisme d'un microbe pathogène.

Reste à déterminer, et c'est là où les opinions peuvent de nouveau être divisées, dans quelles conditions l'élément morbide étranger introduit dans l'organisme s'y établit et entre en lutte avec les tissus vivants, ce qui constitue la genèse, le développement de la maladie. Ce sont ces conditions encore obscures qu'une observation clinique attentive et des expériences nombreuses sur les animaux parviendront peut-être à nous faire connaître.

M. Leudet : Le traitement *local* de la phthisie pulmonaire est depuis quelques années en grand honneur chez nous. C'est à qui trouvera le moyen d'atteindre le bacille, de tuer sur place le microbe spécifique.

Inhalations d'air froid et d'air chaud, de vapeurs d'acide sulfureux, d'acide fluorhydrique, de goudron, d'iodoforme; pulvérisations d'eau minérale sulfureuse ou arséniquée, de substances balsamiques, créosote, eucalyptol, etc.; injections antiseptiques dans la trame même du poumon, comme l'a fait M. Lépine (de Lyon), le premier en France, je crois; injections sous-cutanées ou rectales (méthode Bergeon); amputation, résection partielle du tissu pulmonaire, comme l'a tenté M. Prengrueber; tout a été essayé et mis en œuvre. On peut dire qu'au point de vue du traitement chirurgical de la phthisie et de son traitement antiseptique local, direct ou indirect, nous avons multiplié les tentatives, et ne sommes restés en arrière de personne.

Qu'est-il résulté de tous ces essais thérapeutiques? Peu de chose, avouons-le. On parle bien d'améliorations, d'arrêt dans la marche de la maladie; on signale même des cas de guérison... Peut-on vraiment, dans une maladie comme la phthisie pulmonaire, prononcer le mot de guérison, ou même celui d'amélioration et d'arrêt, parce qu'on a vu diminuer ou disparaître les crachats et la toux, parce qu'on a été témoin de quelques modifications favorables dans les signes des sommets, de la cessation de la fièvre, de la reprise de l'appétit, de l'embonpoint et des forces? Quelle est donc la médication qui n'a

pas à son actif de semblables résultats? Quel est le médecin qui, avec les traitements les plus divers, n'a pas enregistré de semblables succès?

Je ne dis pas cela pour empêcher de poursuivre l'étude des applications de la méthode antiseptique à la cure des affections tuberculeuses du poumon. Cette étude, on ne saurait trop l'encourager; car nous n'aurons jamais assez d'armes pour combattre la phthisie. Mais je proteste contre les conclusions hâtives que l'on s'est plu à tirer des résultats thérapeutiques obtenus.

La phthisie pulmonaire est une maladie essentiellement protéiforme, bizarre dans sa marche, dans son allure; aujourd'hui, elle est silencieuse, elle se taira pendant des mois et des années; demain, elle fera un retour offensif aussi brusque qu'inattendu. Pour juger de la valeur d'un médicament employé contre elle, il faut une très longue et très patiente observation. Aussi, la médication traditionnelle, celle qui s'adresse à l'état général en même temps qu'à l'état local, qui fait appel à toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique, à l'air comme à l'alimentatien, à certaines eaux minérales comme à certaines drogues de la pharmacie, est-elle encore, selon moi, et à l'heure qu'il est, la meilleure et la plus puissante à opposer aux progrès du bacille destructeur, la plus propre à redresser l'organisme et à le rendre réfractaire aux atteintes et à la pullulation du microbe.

Vote. — M. Guichard est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Traitement du pityriasis pilaris. — Pignot.

L'huile de foie de morue intus et extra, l'acide phénique à l'intérieur, à la dose de 80 centigrammes à 1 gr. 20 cent. par jour (Kaposi, Besnier) pourront êtres prescrits. — Mais rien ne peut enrayer l'évolution de la maladie; il faut se contenter de soigner les symptômes. — Le plus utile des topiques est le glycérolé d'amidon. Suivant la formule du docteur Lailler, on peut l'additionner de laurier-cerise, dans la proportion de 10 p. 100. — Chez un malade du docteur Besnier, une amélioration évidente a coincidé avec l'emploi de l'acide pyrogallique. — N. G.

Gargarisme contre l'amigdalyte. — Bouchard.

Borate de soude..................	6	grammes.
Teinture de benjoin..............	10	—
Infusion de feuilles de ronces......	250	—

F. s. a. un gargarisme conseillé contre l'amygdalite. — Révulsifs aux membres inférieurs. — N. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date des 10, 15 et 27 avril 1890, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique. — MM. Monin, médecin de l'escadre de la Méditerranée; le docteur Lantaret, maire de Barcelonnette.

Officiers d'Académie. — Mlle Audibert, maîtresse sage-femme à l'hospice de la Maternité de Marseille; MM. les docteurs Casabianca, à Sartène; Fabry, à Villars; Mathieu, à Entrevaux; Moriez, à Nice.

— **Par décret, en date du 15 avril 1890, M. André, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Bastia, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.**

Hôpitaux de Rouen. — Le concours pour une place de médecin-adjoint s'est terminé par la nomination de M. Robert Leudet, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Rouen.

— La date de l'examen que doivent subir les médecins et pharmaciens aides-majors de la réserve et de l'armée territoriale pour le grade de major est fixée (notamment pour le 6e corps) à la première quinzaine de juin.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer aux intéressés que le cours professé par M. le docteur Bouloumié, conformément aux programmes ministériels, paraîtra cette semaine à la Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois, Paris, et que dès lors il sera immédiatement expédié franco contre toute demande accompagnée d'un mandat de cinq francs.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — La séance annuelle de cette Société a eu lieu le 13 avril. M. le docteur Verdalle, trésorier, a donné les chiffres suivants comme représentant la situation au 12 avril 1890 :

Recettes. — Cotisations, 219,297 fr. 35 ; dons, 3,150 fr.; profits et pertes, 448 fr. 28 ; intérêts des valeurs, 24,318 fr. 15 ; remboursements et amortissement, 493 fr. 90. Total : 247,707 fr. 68.

Dépenses. — Portefeuille, 236,217 fr. 40 ; frais généraux, 7,808 fr. 63 ; remboursement, 2,896 fr. 60 ; reste en caisse, 784 fr. 75. Total : 247,707 fr. 68.

Le budget pour l'année 1890 sera d'environ 260,000 francs. M. Verdalle, constatant les résultats obtenus jusqu'ici par la Société, s'exprime ainsi :

« En résumé, la caisse des pensions de retraite du corps médical français marche d'un pas soutenu vers le but que ses fondateurs se sont proposé. Tous les ans elle augmente son capital d'une somme de 40,000 francs environ ; ses revenus augmentent tous les ans et arrivent cette année à près de 9,000 francs de rente. Dans quatre ans, elle servira ses premières retraites. L'œuvre est fortement assise ; elle marche ; elle vivra. »

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale de l'association des médecins du département de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 11 mai, à deux heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Ordre du jour : 1. Allocution du président ; 2. Lecture du compte rendu de l'exercice 1889 ; 3. Election d'un président et de deux vice-présidents ; 4. Renouvellement, par tirage au sort, de la commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Latapie (de Villembits), Lecomte (de la Motte-Beuvron), Legrand (de Sainte-Geneviève).

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur J. Simon commencera ses conférences le mercredi 14 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation clinique le samedi.

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques de syphiliographie, le samedi 10 mai, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Société médico-pratique. — Séance du 12 mai 1890. — *Ordre du jour* : 1. MM. Pennel et Blocq : Rapport sur la candidature de M. Debrigode. — 2. M. Bloch : Septicémie aiguë d'origine contagieuse. — 3. M. M. Fourrier : Note sur un cas de goutte abdominale ayant simulé une crise de colique hépatique. — 4. M. V. Poulet : De l'action résolutive du simulo contre la salpyngo-ovarite aiguë ou subaiguë.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 mai 1890, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. M. Maynau : Communication sur les « Exhibitionnistes ». — 3. Communication de M. Leprime (de Bourges), sur un

cas d'empoisonnement présumé par la liqueur de Fowler. — 4. Communications diverses.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — Huitième conférence transformiste le jeudi 8 mai 1890, à quatre heures de l'après-midi. — M. André Lefèbre, professeur suppléant à l'Ecole d'anthropologie : l'évolution mythologique.

— Un ancien agent de l'Etat, licencié par les conventions, bachelier ès sciences et ès lettres, désirerait donner des leçons de mathématiques ou trouver un emploi de secrétaire ou un préceptorat. — Ecrire A. D., 24 *bis*, rue de Maubeuge, Paris.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Des abcès chauds. Pathogénie et traitement antiseptique, par le docteur Robert GARNIER.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

De la mobilisation de l'étrier, par le docteur E.-J. MOURE.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez O. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon.

Les épilepsies et les épileptiques, par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre, 1 vol. in-8° avec 67 gravures dans le texte et 12 planches hors texte. — Prix : 20 francs.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Félix Alcan, éditeur.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRÉNÉES

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant quatre itinéraires différents, permettant de visiter le Centre de la France, les Stations hivernales et balnéaires des Pyrénées et des bords du Golfe de Gascogne.

Les prix de ces billets sont les suivants : 1er itinéraire, 1re classe, 225 fr. — 2e classe, 170 fr. — Durée de validité : 45 jours.

2e, 3e et 4e itinéraires : 1re classe, 180 fr. — 2e classe, 135 fr. — Durée de validité : 30 jours.

La durée de ces différents billets peut être augmentée, moyennant supplément, d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours.

Enfin, il est délivré de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets *aller* et *retour* réduits de 25 p. 100, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour se rendre à des points en dehors desdits itinéraires.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur FOURNIER.

Les manifestations linguales de la syphilis (1).

Messieurs,

Le traitement des syphilides secondaires de la langue est à la fois général et local. Il est inutile d'insister sur la nécessité du traitement mercuriel; cependant je tiens à vous dire qu'il ne faut pas se faire d'illusion relativement à l'action thérapeutique du mercure sur les lésions dont je vous parle. Il est vrai que l'on peut guérir les plaques muqueuses de la bouche par le traitement mercuriel seul, mais cela exige un temps fort long; tandis que, si l'on emploie concurremment les topiques, il suffit de quelques semaines, voire de quelques jours. Le mercure est excellent pour prévenir les plaques muqueuses, pour empêcher leur repullulation, mais il a une action très lente pour les guérir. On commencera donc par prescrire les soins de l'hygiène générale : fréquents nettoyages de la bouche et des dents, abstention du tabac, de l'alcool, etc.; puis on recourra à l'emploi des cautérisations. Deux caustiques sont recommandés et tous les deux sont bons : le nitrate d'argent et le nitrate acide de mercure. Ce dernier est bien plus sûr, bien plus actif, mais il est plus douloureux, et il faut le manier avec précaution.

Quand il y a de petites lésions, des syphilides miliaires, pour ainsi dire, de simples érosions, le nitrate d'argent suffira; si les lésions sont plus importantes, il faudra recourir au nitrate acide. Il provoque, je vous l'ai dit, beaucoup plus de douleurs que le nitrate d'argent, et, de plus, comme le disait Ricord, il est filant et fuse autour de la surface sur laquelle on l'applique. Si, par exemple, on en met avec un pinceau sur une surface de 3 à 4 millimètres, une dizaine de millimètres seront cautérisés.

Je vais vous donner le moyen d'éviter cet inconvénient. Le mieux est de se servir d'un porte-mèche; on enroule un peu d'ouate sur la fourche, on la trempe dans le caustique et on l'essuie ensuite sur un morceau d'ouate sèche; ce n'est qu'après l'avoir essuyée qu'on la promène une fois sur la lésion. Cela suffit pour la cautérisation, et on n'a pas à craindre de trop cautériser. Quand il y a un nombre considérable de lésions à modifier, il faut répartir les cautérisations en plusieurs séances, afin d'éviter les trop vives douleurs.

Une cautérisation suffit pour rétrécir une plaque muqueuse de la moitié

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 mai 1890.

ou des trois quarts. Souvent, cependant, une deuxième ou une troisième intervention deviennent nécessaires. Il ne faut du reste pas recommencer à cautériser avant d'avoir attendu quatre ou cinq jours, afin d'être sûr de l'effet obtenu par le précédent contact du caustique.

Aux cautérisations on joindra les gargarismes, émollients d'abord, ensuite au chlorate de potasse et au borax. Je vous recommande de faire faire au malade des attouchements plusieurs fois par jour avec le collutoire suivant :

Miel rosat.....................	ää 10 grammes.
Glycérine.....................	
Borax.........................	3 —

Glossites tertiaires. — N'importe où, Messieurs, se produisent les syphilides tertiaires, elles consistent en une hyperplasie qui aboutit à la sclérose ou à la gomme. C'est-à-dire qu'il se produit sur un point une prolifération de cellules embryonnaires et qu'alors ou bien ces cellules s'organisent de façon à vivre et donnent lieu alors à la sclérose; ou bien qu'elles sont, dès les premiers jours, condamnées à mort, qu'elles sont d'essence caduque, et alors on a la gomme. A la langue, comme partout ailleurs, nous trouvons ces deux ordres d'altérations, et l'on a la glossite scléreuse et la glossite gommeuse.

Ce sont des lésions fréquentes, de fréquence moyenne, cependant; elles se rencontrent moins souvent que les syphilides cutanées. Dans une de mes statistiques, je trouve 152 cas de lésions linguales tertiaires, pour 787 syphilides.

Les glossites tertiaires se rencontrent bien plus chez l'homme que chez la femme, et il est probable que cela tient à l'abus du tabac et de l'alcool. Cependant ce n'est là qu'une condition accessoire, car on rencontre les glossites chez des gens qui n'ont jamais fumé et qui n'ont fait des excès d'aucun genre.

Ces lésions se produisent un peu à toutes les étapes de la période tertiaire de la vérole, cependant ce sont par excellence des manifestations tertiaires, et on les voit habituellement de la cinquième à la treizième année. Quelquefois on les voit plus tôt, dans la deuxième année ou même dans la première; d'autres fois elles sont très tardives et j'en ai rencontré la quinzième, la vingtième année.

Leur siège de prédilection est à la face dorsale de l'organe dans sa région moyenne ou vers la pointe.

Ces généralités, qui conviennent aux deux formes, une fois indiquées, je vais étudier d'abord les glossites scléreuses.

Au début, ces glossites sont déterminées par de l'hyperplasie embryonnaire; ultérieurement, il y a formation d'un véritable tissu conjonctif, qui se condense de plus en plus, se rétracte, lobule l'organe et le déforme. En fait, on rencontre à la langue des lésions absolument identiques à celles que l'on voit dans les cirrhoses du foie ou du rein.

Cliniquement, les scléroses linguales sont des lésions avec induration qui durcissent les points dans lesquels elles se développent et sont facilement perceptibles au toucher. Il y en a bien des variétés; cependant une division s'impose d'abord suivant que la lésion porte sur le derme seul ou s'étend dans la profondeur de l'organe. Dans le premier cas, c'est la glossite scléreuse superficielle corticale; dans le second, la glossite scléreuse profonde ou parenchymateuse.

La glossite scléreuse superficielle se développe souvent simplement dans de petits départements, dans de petits îlots et est alors comparable au psoriasis en gouttes; dans d'autres cas, une assez grande surface de la langue est envahie, et on peut alors comparer la lésion au psoriasis en nappe. Il n'y a, du reste, entre ces deux variétés, qu'une différence de topographie, et toutes deux se reconnaissent cliniquement par des caractères semblables.

Ce sont d'abord des surfaces fermes, dures au doigt, résistantes. En pressant entre deux doigts la région malade, on sent une dureté spéciale qui rappelle un peu l'induration du chancre; il semble qu'à ce niveau la langue soit doublée par une carte de visite. Au niveau des îlots, la muqueuse est rouge, foncée et se distingue nettement des parties voisines; elle est aussi lisse, unie, sans papilles, et n'offre plus l'aspect de velours qu'on remarque dans les parties saines.

Les glossites scléreuses profondes offrent beaucoup plus d'importance et sont, à dire vrai, une des pires lésions de la syphilis. Elles sont constituées par une hyperplasie qui se fait à la fois dans le derme et dans la profondeur. Rarement circonscrites à une étendue minime, elles occupent souvent une région entière de l'organe, la pointe ou les bords, et quelquefois comprennent toute la moitié antérieure. Elles offrent une apparence bien spéciale et cette apparence a fait aussi donner à cette forme de glossite le nom de glossite lobulée.

Les glossites scléreuses profondes ont quatre grands caractères, qui sont : la tuméfaction, le mamelonnement, l'induration profonde, l'altération de la muqueuse.

La tuméfaction frappe dès le premier coup d'œil et s'étend en largeur et en hauteur. En hauteur, le niveau supérieur de la langue s'élève de quelques millimètres et parfois d'un centimètre et plus.

Le mamelonnement produit une lobulation de la langue qui est presque pathognomonique de la syphilis. Au lieu de présenter une surface plate et unie, l'organe est bosselé, mamelonné, présente des sortes de crêtes irrégulières et inégales séparées par des sillons. A la coupe transversale, on a une série de festons au lieu d'une voûte régulière. Les sillons sont très curieux à étudier; leur profondeur est très variable, peut atteindre 5, 6 millimètres, quelquefois 1 centimètre. Tous sont ouverts en forme de V, et nous verrons plus tard qu'il s'y forme des rhagades. Les sillons sont quelquefois fermés par adossement réciproque, mais on peut toujours les ouvrir avec le doigt; dans ces cas, l'aspect de la langue rappelle celui du cerveau, c'est la *langue cérébriforme.*

Généralement il y a un sillon médian qui est de beaucoup le plus profond et va d'un bout de la langue à l'autre. Quelquefois il y en a deux aussi profonds l'un que l'autre et disposés parallèlement. Des bords du ou des sillons de premier ordre se détachent des sillons horizontaux et transversaux qui s'anastomosent avec de petits sillons irréguliers, de telle sorte que la langue prend un aspect tout spécial, l'aspect *parqueté.* Quelquefois le sillonnement et la lobulation sont absolument irréguliers. Cette lobulation, je le répète encore à dessein, est caractéristique de la syphilis. Quand elle frappe le rein, on a le rein sclérosé; quand elle frappe le foie, le foie ficelé. Aussi, quand on aperçoit une langue ainsi lobulée, on est à peu près certain, presque sans autre examen, que l'on a affaire à un cas de syphilis. Il y a certaines affections qui lobulent la langue à différents degrés, mais c'est

une ébauche de lobulation, et, quand cette dernière est grossière, brutale, on peut affirmer la vérole.

L'induration est encore un signe précieux. Ces langues hypertrophiées et lobulées sont en même temps très dures et profondément dures. Toute la langue semble prise, et il en est en réalité ainsi, puisque le parenchyme est envahi dans une grande étendue. La dureté est extrême, ligneuse, cancroïdienne même, de telle sorte que l'on peut faire une erreur diagnostique et croire à une production maligne. Dernièrement, je me suis trompé dans ce sens et le traitement spécifique a montré mon erreur.

Enfin, la couleur de la muqueuse est modifiée au niveau des parties malades. Il y a des îlots rouges, il y en a d'autres blancs, où la muqueuse semble exsangue, décolorée. Cette muqueuse est lisse, unie, comme dépapillée.

Je viens de vous présenter un tableau pour ainsi dire théorique de la glossite scléreuse profonde. Cliniquement, sa physionomie est modifiée par des épiphénomènes qui en sont presque inséparables, par des inflammations et des ulcérations. Vous saisirez facilement la cause de ces complications : la langue, hypertrophiée, sillonnée, se trouve en contact plus ou moins permanent avec des aliments altérés, des liquides irritants, des dents en mauvais état. Il en résulte que son inflammation est la règle. Les excoriations se produisent aussi très facilement au contact des dents, qui s'impriment dans la muqueuse, et par suite du séjour dans les sillons profonds d'aliments qui s'altèrent rapidement; de là des gerçures, des déchirures, des rhagades qui sont parfois excessivement douloureuses.

Donc, règle presque générale, à un moment donné de la glossite scléreuse surviennent des lésions inflammatoires ou subinflammatoires, des érosions et des rhagades.

L'évolution de la glossite scléreuse est essentiellement chronique. Elle se développe un peu à l'insu du malade, puis augmente peu à peu, et, une fois que les lésions sont accentuées, on peut vraiment dire que leur durée est à peu près indéfinie. Aussi, quand on constate la maladie à son début, faut-il agir avec une grande énergie, car c'est la pire lésion que la syphilis produise sur la langue et la glossite gommeuse est beaucoup moins grave. Avec la gomme, même quand on perd un morceau de l'organe, une fois la maladie finie, on sait que le processus est terminé, tandis qu'avec la sclérose, il n'y a pas de fin et la guérison ne doit pas être espérée. Cependant, je vous l'ai dit, quand on attaque la glossite scléreuse au début, on peut espérer la guérir et elle peut disparaître en quelque semaines, en quelques mois. Si on n'intervient qu'au moment où il y a déjà un début de lobulation, on ne peut compter que sur un demi-succès; le mercure et l'iodure de potassium peuvent encore améliorer la situation, mais tout ce qui a subi la rétraction fibreuse reste inattaqué. Enfin, si l'on n'intervient que tardivement, un an ou deux ans seulement après le début, il n'y a rien à espérer et jamais la glossite lobulée ne se délobule. Vous comprendrez cela facilement, Messieurs, si vous vous souvenez qu'à ce moment la lésion n'a plus rien de syphilitique et que, par conséquent, le mercure ne peut plus rien sur elle.

Par elle-même, quand elle est pure, la glossite scléreuse n'est pas douloureuse et n'entraîne que peu de troubles fonctionnels; il en est malheureusement autrement lorsque surviennent les épiphénomènes dont je vous ai parlé : les complications inflammatoires et érosives. Alors les dou-

leurs et la gêne sont considérables. Si le malade néglige, si peu que ce soit, de soigner minutieusement sa bouche; s'il ne se nettoie pas la langue, après chaque repas, pour débarrasser les sillons de tous les débris alimentaires ; s'il use, même modérément, du tabac ou de l'alcool, les complications se développent. Il y a alors de l'irritation buccale quelquefois très vive, de la salivation, des douleurs; la parole est très gênée, la mastication et la déglutition très difficiles. Cette continuité dans la gêne rend la vie du malade très pénible, et malheureusement nous ne pouvons employer que des moyens palliatifs contre ses souffrances.

Il convient donc, Messieurs, de connaître à fond la glossite lobulée, afin de pouvoir la dépister dès le début et la traiter avec des chances de succès.

(*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

CAUSERIES SCIENTIFIQUES. *Découvertes et inventions; progrès de la science et de l'industrie* (Tome 28. — Années 1888-1889), par Henri DE PARVILLE. — Prix : 3 fr. 50 c. J. Rothschild, éditeur, 13, rue des Saints-Pères, Paris.

M. Henri de Parville vient de publier, à la librairie Rothschild, la 28e année de ses *Causeries scientifiques, découvertes et inventions* (1888-1889).

M. de Parville a la réputation bien méritée de posséder le secret de faire comprendre les questions les plus ardues; il est certain que tout se transforme et s'éclaire sous sa plume comme par enchantement. Ce qui était obscur, raconté par un autre, devient clair et lumineux. Aussi les *Causeries scientifiques* sont-elles devenues un des instruments les plus actifs d'instruction et de vulgarisation de notre temps.

C'est vraiment une encyclopédie bien précieuse. Toutes les curiosités de l'année y sont prises sur le vif. C'est de l'histoire aussi, car chaque évènement y a sa place et son commentaire. M. de Parville n'oublie rien et provoque à chaque ligne l'esprit d'invention en montrant clairement ce qu'il faut encore faire pour aller plus loin.

Les *Causeries* constituent, par la forme, par le mode d'exposé, par la valeur littéraire, par la critique et l'érudition, une œuvre entièrement personnelle; ce qui les distingue complètement des annuaires publiés chaque année, simples bilans plus ou moins exacts du mouvement scientifique.

Les *Causeries* passent en revue tout ce qui s'est produit d'intéressant en astronomie, en physique, en mécanique, chimie, électricité, médecine et physiologie, art de l'ingénieur, histoire naturelle, etc. C'est un tout bien complet.

Tout cela se lit avec un grand intérêt et l'on n'éprouve qu'un regret, c'est d'arriver trop vite à la dernière page. Mais ce livre-là n'est pas de ceux que l'on rejette; il a sa place dans la bibliothèque, et il devient un guide commode que l'on consulte souvent, quand, par désir ou par besoin, on veut suivre de près les rapides progrès de la science et de l'industrie.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Recherches histologiques dans un cas d'empoisonnement aigu par l'acide phénique, par le docteur V. GIANTURCO, coadjuteur de l'Institut d'anatomie pathologique de Naples, dirigé par M. le professeur O. Schrön. (In *Gazzetta delle cliniche*, n° 6; avril.) — M. le docteur Reale, dans le n° 1 de la *Gazette des cliniques*, a démontré chimiquement la présence du phénol libre et combiné aux alcalis dans l'urine, que l'on

retrouve toujours dans ce liquide expérimentalement lorsque l'on donne des doses suffisantes d'acide phénique.

M. le docteur Gianturco a recherché la nature histologique des lésions que l'empoisonnement par l'acide phénique peut produire, et, par une série d'études très intéressantes, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans l'empoisonnement aigu par l'acide phénique, la lésion la plus importante observée dans le foie a été l'hyperémie;

2° Dans les reins, outre l'hyperémie, on observe une nécrose diffuse de l'épithélium, des tubes flexueux et de tout le parenchyme rénal dans une zone limitée;

3° Ces faits démontrent donc l'élimination de l'acide phénique libre au travers du rein, résultat conforme à celui obtenu par l'analyse chimique par le docteur Reale.

Sur six cas d'ulcération syphilitique papuleuse non infectante. Note de MM. les docteurs Ingria (Victor-Emmanuel) et de Bella (Joseph). — Cette affection est chose rare, les traités syphilographiques les plus anciens n'en font aucune mention. M. le professeur Leloir, après M. le professeur Profeta, et le travail de Lavergne (1883), en a rencontré quelques cas qui ont été publiés par M. le docteur Baude.

Il manque malheureusement aux faits étudiés par nos confrères la preuve expérimentale de leur assertion; nous comprenons, du reste, l'hésitation de leurs clients à leur fournir cette preuve par l'inoculation; il reste ainsi un point obscur d'une grande importance. Le but de la note qui a paru dans le n° 28, p. 219, de la *Gazzetta degli ospitali*, est d'appeler l'attention des syphilographes sur cette forme d'ulcère vénérien.

Les six observations italiennes, recueillies sur des sujets de différentes conditions et d'âge, présentaient tous, quelques jours après un coït suspect, une ou plusieurs ulcérations préputiales flanquées d'élévation papuleuse d'aspect typique. Ces papules de grandeur variable, depuis une lentille jusqu'à un gros pois, ont été précédées, accompagnées ou suivies d'une ulcération chancriforme ulcéreuse classique. Il y eut deux fois coïncidence de cette affection avec la blennorrhagie; tous les malades guérirent en peu de jours sous l'influence des lavages boriqués.

S'agissait-il bien là d'ulcérations syphilitiques? Nos confrères gardent à ce sujet une prudente réserve; ils signalent tout simplement ce fait, qui semble éloigner de l'esprit l'idée d'un contage spécifique; c'est qu'aucune adénopathie n'a été rencontrée sur leurs malades.....

De l'atrophie musculaire précoce dans les paralysies d'origine cérébrale, par le docteur Borgherini. (In 1er fasc. *Rivista speriment. di freniatria, etc., etc.*) — L'auteur rappelle le processus qui donne lieu à l'atrophie musculaire d'origine cérébrale, atrophie qui apparaît presque toujours tardivement; il pense avec nos classiques que probablement, dès que le faisceau pyramidal est altéré, il se forme un foyer morbide dans l'encéphale. Il cite, à l'appui, l'observation d'un jeune homme de 24 ans chez lequel il survint, le troisième jour après une hémorrhagie de la couche optique droite, une atrophie dans les articulations du côté paralysé, atrophie qui disparut, du reste, avec le retour des fonctions articulaires, survenu le trentième jour.

M. le docteur Borgherini, comparant ce cas avec les observations connues, en conclut que l'atrophie précoce peut succéder immédiatement à la paralysie motrice, mais c'est ordinairement seulement après trois ou quatre semaines que ce syndrome apparaît; son degré n'est pas très considérable; comparé au côté sain, on ne trouve guère dans dans le volume du membre qu'une différence de 3 à 5 centimètres. Il y a souvent, mais non toujours avant l'attaque, des phénomènes convulsifs dans les membres; il y a donc constamment des symptômes de sclérose du faisceau pyramidal de la moelle spinale.

L'atrophie précoce serait produite, pour l'auteur, par des lésions des centres nerveux placés dans la zone motrice corticale et dans la couche optique, ce qui expliquerait leur action sur la nutrition de la musculature périphérique par l'intermédiaire des cellules de la corne antérieure de la moelle spinale, par les faisceaux sensitifs. Ce point délicat n'est encore qu'une hypothèse qui mérite confirmation. — Millot-Carpentier.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Neuvième congrès allemand de médecine interne.

Traitement de l'empyème. — Inflammation osseuse d'origine typhique. — Influence des enduits appliqués sur la peau, sur la température et la perspiration insensible.

M. Immermann a lu le rapport sur la première question : *Le traitement de l'empyème.* Une fois le pus formé il faut, le plus souvent, pour assurer l'évacuation, recourir à une intervention chirurgicale. La résorption spontanée est possible quand le liquide ne contient que des pneumocoques, mais, dès qu'il s'y trouve d'autres micro-organismes pyogènes, on ne peut plus espérer cette terminaison favorable. Comme l'enkystement spontané est fort rare et que l'évacuation naturelle est dangereuse, il faudra toujours opérer, sauf quand il s'agira d'une pleurésie métapneumonique, l'évacuation par vomique n'étant pas alors suivie d'accidents redoutables. La ponction exploratrice n'offre pas d'inconvénients et permet de s'assurer de l'existence de l'empyème et de chercher les micro-organismes.

Il est absolument indispensable de vider complètement la plaie du pus qu'elle contient afin d'empêcher la collection de se refermer.

Le médecin doit encore chercher à rétablir autant que possible les conditions normales de l'appareil respiratoire. Souvent cette indication est impossible à remplir quand, par exemple, il y a tuberculose pulmonaire, pyopneumothorax, et que le poumon est fixé par des adhérences très anciennes. Il est nécessaire, avant d'opérer, de se rendre compte de ce que l'on peut attendre de l'intervention afin de mettre en balance les dangers de cette intervention et les bénéfices qu'en tirera le malade.

La thoracentèse est presque toujours suivie de la reproduction de l'épanchement et ne peut être employée, comme moyen palliatif, que dans les cas désespérés. Dans le cas de pleurésie métapneumonique, on observe quelquefois qu'elle suffit a guérir le malade, mais on sait que ces épanchements se résorbent souvent spontanément.

Les irrigations continues de liquides désinfectants faites à la suite de la thoracentèse n'ont pas d'effets bien utiles, et les organismes restant dans la plèvre continuent à pulluler.

Le lavage de la cavité pleurale à l'aide de deux canules, l'une introduite en haut et en avant et l'autre en bas, donne d'assez bons résultats.

Mais, le plus souvent, il faut assurer l'évacuation du pus par la méthode radicale, c'est-à-dire pratiquer un large orifice dans la paroi thoracique et le laisser ouvert jusqu'à guérison. Cette opération a énormément amélioré le pronostic de l'empyème.

Actuellement on ouvre latéralement le thorax en avant ou en arrière, on fait la résection sous-périostée d'un fragment costal; puis, après évacuation du contenu de la plèvre, on place un drain. Les lavages antiseptiques sont presque toujours nécessaires, car le pus a grande tendance à stagner.

Il faut, autant que possible, éviter les lavages ultérieurs qui fatiguent le malade et refoulent des agents pyogènes dans les tissus, aussi Küster a-t-il recommandé de bourrer les empyèmes petits et circonscrits avec des tampons de gaze iodoformée, et, dans les collections plus considérables, de faire une double incision très bas en avant et en arrière et de diviser obliquement la cavité. Les résultats sont très bons.

Malheureusement la guérison, dans ces cas, se fait par oblitération de l'espace pleural et non par retour du poumon à son élasticité normale. Le drainage par aspiration permanente de Bulau a pour objet de rendre la pression négative dans la cavité de l'abcès, et de permettre l'expansion du poumon si l'empyème n'est pas trop ancien; on peut, du reste, renforcer l'action du siphon à l'aide de seringues aspiratrices. La sécrétion du pus diminue rapidement, car le tube l'enlève à mesure. Cette méthode n'est possible que si le poumon peut encore s'étendre; elle échoue dans les pyopneumothorax, la phthisie ancienne. Il faut aussi que le pus ne soit pas trop épais. Dans ce dernier cas, où l'empyème est très abondant, il faut recourir à la méthode radicale. Quelquefois quand on a établi l'aspiration, on est forcé de recourir à une opération consécutive.

M. Schede, co-rapporteur, insiste sur l'importance de l'antisepsie dans l'opération de l'empyème. Il est partisan de l'emploi du siphon de Bulau qui a permis à Symonds d'avoir 8 guérisons sur 9 cas. Les inconvénients de cette méthode sont la nécessité de l'immobilité absolue, et l'emploi d'une canule qui s'oblitère souvent. Actuellement le traitement par l'incision et la résection est toujours utile et jamais nuisible; la résection doit porter sur la dixième, la neuvième ou la huitième côte. Une fois le thorax ouvert, les variations que subit la pression positive suffisent pour faire développer le poumon, il faut opérer de bonne heure et alors le pneumothorax n'empêche pas l'expansion. Schede pense que les incisions multiples que prescrit Küster sont inutiles dans la plupart des cas. Quand on a fait l'incision, il faut pratiquer un grand lavage de la plèvre, la nettoyer complètement des caillots et des amas coagulés qu'elle peut contenir pour ne laver de nouveau que si le pus persiste.

La tuberculose n'est pas une contre-indication absolue à la résection, mais l'empyème qui résulte de la rupture d'une caverne tuberculeuse ne doit guère être opéré. Dans plusieurs cas de pyopneumothorax total où le poumon ne pouvait s'étendre par suite de rétractions cicatricielles, Schede a fait la résection de toutes les côtes à partir de la seconde et enlevé en même temps les muscles et la plèvre épaissie. Sept malades sur huit (une mort par intoxication iodoformée) ont guéri et recouvré en partie les fonctions pulmonaires.

M. Frantzel fait remarquer que la ponction simple est encore utile comme palliatif, quand on ne peut chloroformer, chez des tuberculeux; il a vu plusieurs phthisiques mourir rapidement après l'emploi du siphon de Bulau.

M. Curschmann est d'avis d'essayer l'emploi du siphon dans tous les empyèmes, sauf dans les cas de gangrène où il faut inciser de suite. Sur 73 cas, il a eu, en agissant ainsi, 89 p. 100 de guérison et 6 p. 100 de morts, dont 1 cas pour un accident étranger à la méthode. Plusieurs des opérés étaient des tuberculeux au début. En accroissant peu à peu le diamètre de la canule, l'orifice devient aussi large que si l'on avait incisé.

M. Leyden vante aussi la méthode de Bulau et a obtenu, par son emploi, de forts beaux succès.

De l'ensemble de la discussion, à laquelle ont pris part encore Billroth, Mosler, Weber, Maydl, Furbringer, il est résulté que l'avis général est qu'il faut opérer de bonne heure. Pour Furbringer, il ne faut pas attendre, pour intervenir, au-delà de la troisième semaine, car alors les adhérences sont trop fortes. Les médecins allemands ne paraissent pas complètement fixés sur le choix qu'il faut faire entre la méthode de Bulau et la méthode radicale. La première consiste à faire pénétrer dans le thorax, à l'aide d'une canule conductrice introduite par un trocart, un drain élastique très long; la canule est ensuite enlevée et le drain reste en place. On le met en communication, à l'aide d'un tube, avec un vase rempli d'une solution antiseptique et l'aspiration s'établit d'une façon continue. Il est évident que les résultats obtenus sont très bons, l'expansion pulmonaire plus facile, mais l'aspiration continue a surtout été appliquée aux cas qui se présentaient dans les conditions les plus favorables. D'autre part, la surveillance doit être minutieuse et le drain est difficile à maintenir en place quand la cavité devient très petite. Les résections tardives que l'on peut être amené à pratiquer seraient moins dangereuses qu'au début (Leyden). Cependant, Weber a vu l'application de la méthode de Bulau entraîner la mort subite et des malades, opérés de cette manière, devenir ultérieurement tuberculeux. L'opération radicale a donné de beaux succès à la plupart des chirurgiens, et la plupart des membres du Congrès recommandent d'éviter autant que possible de multiplier les ponctions, qui peuvent être suivies de mort subite ou rapide (Maydl). Cependant, Ziemssen recommande de ne jamais s'en tenir à une seule ponction, afin d'établir bien nettement la nature du liquide. Il faut opérer dès qu'on constate la présence de staphylocoques et même, en cas d'empyème méta-pneumonique, ne pas s'en tenir aux ponctions. Quand on ne peut faire l'anesthésie générale, il vaudrait mieux pratiquer l'anesthésie locale avec l'éther qu'avec la cocaïne (Schede).

— M. Furbringer a fait une communication sur les *inflammations osseuses d'origine*

typhique. L'affection doit être regardée comme une ostéo-périostite et peut apparaître au début de la maladie. Elle se produit dans des points variés du squelette, surtout sur les diaphyses. Les douleurs sont très vives et subissent une notable exaspération nocturne; et généralement il n'y a pas de suppuration. Cependant, cette dernière se produit dans quelques cas. Tant qu'elle n'est pas manifeste, il faut se borner à faire de l'expectation; L'acuité des douleurs, l'insomnie peuvent forcer à prescrire la morphine. On doit immobiliser le membre dans l'extension et ordonner des bains tièdes.

M. Unna a cherché expérimentalement l'état de la perspiration insensible à la suite de l'emploi de certains corps appliqués sur la peau dans un but médicamenteux. La glycérine et surtout la lanoline la diminuent beaucoup; il en est de même de la vaseline. Une couche mince de gélatine augmente, au contraire, l'évaporation à travers la peau; le collodion a la même propriété. Il suit de ces recherches qu'en graissant la peau, on réchauffe le corps et on refoule de l'eau dans les reins; tandis que, en la dégraissant, et surtout en la recouvrant de gélatine, on augmentera la perspiration en dégageant les reins et on refroidira l'individu.

(*A suivre.*) P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mai. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement opératoire des fibromes utérins. — Traitement de l'hypertrophie des amygdales. — Obstruction intestinale aiguë.

M. Marchand fait remarquer que, bien qu'il soit évident que les *fibromes de l'utérus* peuvent être enlevés par l'opération césarienne, ce mode d'intervention ne devra être employé que rarement. Il faut, en effet, pour que l'on puisse mener l'opération à bien, que l'utérus soit très mobile et que, de plus, le fibrome ne soit pas enchatonné, interstitiel. Or, il peut arriver que, croyant avoir affaire à une tumeur pédiculée, on tombe sur un fibrome interstitiel. Dans ce cas, on serait forcé d'amputer l'utérus. M. Marchand rapporte deux observations dans lesquelles on aurait pu être tenté de faire l'opération césarienne, car, surtout dans un cas, le doigt introduit dans l'utérus contournait facilement la tumeur et l'implantation se faisait sur la face postérieure. Cependant, l'autopsie démontra que l'on aurait eu tort de choisir ce mode d'intervention; l'utérus et la tumeur affectaient les rapports les plus intimes, et il aurait été impossible de distinguer les parties appartenant au fibrome de celles appartenant à la matrice.

M. Terrillon vient aussi d'observer un cas où l'ablation du fibrome par l'opération césarienne était impossible. Il s'agit d'une femme de 48 ans qui souffrait beaucoup et avait d'abondantes hémorrhagies. L'hystéromètre contournait une grande partie de la tumeur intra-utérine, mais il était impossible d'être exactement fixé sur son mode d'implantation. M. Terrillon se décida à faire l'opération césarienne. Après incision de l'abdomen, il attira l'utérus au dehors, mais reconnut aussitôt que les ligaments larges étaient tellement tendus qu'il était impossible de faire la pédiculisation et d'appliquer le fil de caoutchouc nécessaire pour l'hémostase temporaire. Dans ces conditions, il lia les ligaments de chaque côté, les sectionna, puis termina l'hystérectomie abdominale. Le pédicule, désinfecté et entouré d'un tube de caoutchouc, fut abandonné dans l'abdomen. Il aurait été impossible de faire l'énucléation, car le polype, en partie kystique, avait une base d'implantation trop large.

— M. Quénu insiste sur ce point que les *hémorrhagies après l'amygdalotomie* ne surviennent, chez l'adulte, que quand l'opération a été faite à une époque trop rapprochée des accidents d'inflammation. Du reste, l'amygdalotomie ne doit plus être employée. Il faut faire la galvano-puncture de l'amygdale. Sur 150 opérations, il n'a pas vu d'accidents

et il a toujours réussi à guérir l'hypertrophie. Le thermo-cautère doit être introduit rouge; il est donc effrayant et il faut lui préférer le galvano-cautère. De plus, ce dernier cautérise plus profondément. On doit enfoncer l'aiguille deux ou trois fois dans chaque amygdale. La cicatrisation se fait en douze ou quinze jours, et il se produit de petits mamelons qu'on cautérise de nouveau. Il suffit de deux ou trois séances pour détruire tout l'organe.

L'opération est très facile à exécuter chez les enfants, et doit être chez eux, aussi bien que chez les adultes, substituée à l'amygdalotomie qui peut amener des accidents.

M. Chauvel n'a pas la pratique de l'amygdalotomie chez les enfants. Chez les adultes, il croit que l'on a exagéré la fréquence des hémorrhagies secondaires. Jamais il ne les a observées. La galvano-puncture est longue et le traitement dure plusieurs mois, car il faut renouveler nombre de fois les cautérisations.

M. Quénu a voulu parler non seulement des hémorragies secondaires, mais encore de celles qui surviennent pendant l'opération. Il peut encore se produire d'autres accidents : chute de l'amygdale ou d'un morceau d'instrument dans la glotte, par exemple. Comme l'hémorrhagie, cet accident peut être mortel. Chez l'adulte, la galvano-puncture peut être complète en deux ou trois séances.

M. Marc Sée s'est trouvé très bien de l'amygdalotomie chez les enfants et chez les adultes. Lorsque l'hypertrophie amygdalienne est dure, scléreuse, il n'y a pas à craindre d'hémorrhagie. M. Sée vante l'amygdalotome que l'on manœuvre à deux mains, et pense que, chez les enfants, il faut opérer les deux côtés à la fois.

Pour M. Verneuil, les hémorrhagies ne sont pas à redouter si on opère convenablement. Il s'est servi de l'amygdalotome, du bistouri et même du serre-nœud. Le bistouri est très utile chez l'enfant après la terminaison de la période inflammatoire. Par contre, chez l'adulte, il ne faut pas faire d'opération sanglante, et l'on doit opérer au thermo-cautère.

Chez les enfants, M. Lucas-Championnière n'a pas vu l'amygdalotomie être suivie d'hémorrhagies. Chez l'adulte, il n'en est pas de même, et il a vu Broca avoir des hémorrhagies excessivement graves, foudroyantes même. Il se servait d'un amygdalotome spécial qui enlevait trop complètement l'amygdale, l'attirait trop en dedans.

Dans un cas tout récent, M. Lucas-Championnière a eu une hémorrhagie grave chez un jeune homme fort vigoureux qui n'était ni impaludique ni hémophile. L'opération fut faite d'un seul côté avec l'amygdalotome de Charrière; une demi-heure après survenait une hémorrhagie considérable qui ne fut arrêtée qu'après deux heures et demie de compression avec des tampons imbibés d'ergotine. Très probablement le malade aurait succombé si l'on avait opéré les deux côtés à la fois.

Chez l'enfant, on peut opérer comme on le veut; chez l'adulte, il faut préférer les cautérisations.

— M. Routier communique quatre observations d'*obstruction intestinale aiguë*. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait des accidents d'obstruction depuis deux jours et demi et dans les antécédents de laquelle on relevait une péritonite grave. L'exploration de l'abdomen ne fournissait aucun renseignement. La laparotomie fut pratiquée et il s'écoula une certaine quantité de liquide louche. Les anses intestinales étaient les unes distendues, les autres affaissées; parmi ces dernières, une s'enfonçait dans une ouverture placée devant la colonne vertébrale. M. Routier l'attira à lui et l'intestin se dégagea. Il ne fut pas possible de retrouver ensuite l'agent de l'étranglement. La malade guérit.

La deuxième opération se rapporte à un interne des hôpitaux qui avait été pris des accidents après un dîner copieux. Un lavement électrique amena la débâcle et la guérison.

La troisième observation concerne une femme de 45 ans qui fut prise d'accidents d'obstruction après un mal de mer violent éprouvé dans la traversée de New-York à Paris. Les lavements électriques n'amenèrent que l'expulsion de gaz. Les lavements

avec l'eau de Seltz échouèrent aussi, et M. Routier se décida à ouvrir le ventre. Il trouva une péritonite purulente et la malade mourut.

Enfin dans le quatrième cas, un homme de 36 ans présentait depuis huit jours les symptômes caractéristiques. Le lavement électrique ayant échoué, on fit la laparotomie. On trouva un cancer inopérable de l'S iliaque. Une perforation se fit pendant l'opération et causa une péritonite mortelle.

De ces observations M. Routier conclut qu'il est très difficile de faire le diagnostic de l'obstruction dans les cas aigus. D'après une statistique de Larat, deux fois seulement le diagnostic de l'obstruction aiguë a pu être fait avant la laparotomie. Il n'y a pas de symptôme de valeur. Les péritonites peuvent évoluer sans fièvre.

Dans les cas aigus, M. Routier conseille de donner d'abord un lavement électrique et sans perdre de temps en administrant des purgations, de faire la laparotomie si l'on ne réussit pas. Les purgatifs sont essentiellement nuisibles,

— M. Terrier présente une *tumeur du mésentère* pesant 25 livres. Elle avait commencé à se développer au mois de janvier dernier et d'abord sur la ligne médiane. En s'accroissant, elle avait rempli le côté gauche de l'abdomen, puis avait causé des douleurs et des vomissements. Le malade était devenu très cachectique. M. Terrier, plutôt par des raisons de sentiment, qu'en se basant sur des signes physiques, pensa qu'il s'agissait d'une tumeur de l'épiploon ou du mésentère et se décida à opérer.

Une fois le ventre ouvert, M. Terrier examina la tumeur et constata qu'elle se continuait profondément avec un pédicule allant au mésentère. Une partie de la surface adhérait à une anse de l'intestin grêle. Craignant l'hémorrhagie, redoutant aussi une gangrène consécutive de l'intestin, il réséqua l'anse, qui était longue de 1 mètre 25 centim., sectionna le mésentère et enleva la masse. L'opération fut terminée en suturant les 2 lèvres du mésentère et en établissant un anus contre nature.

Le malade se mit à vomir le lendemain de l'opération et mourut le neuvième jour. On ne trouva pas de trace d'infection à l'autopsie et les sutures avaient bien tenu. Cependant un point de l'intestin était verdâtre.

M. Terrier ne peut dire quelle a été la cause de la mort. On sait, du reste, que les résultats de l'extirpation des tumeurs du mésentère sont très mauvais.

— M. Suarez de Mendoza fait une communication sur l'obstruction et le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

— M. Quénu présente un modèle *d'étuve* pour stérilisation des pansements.

FORMULAIRE

Solution contre la phthisie laryngée. — F. Ingalls.

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20 centigr.
Acide phénique	1 gr. 50 —
Acide tannique	1 gr. 50 —
Glycérine neutre	ââ 16 grammes.
Eau distillée	

Faites dissoudre. — Avec un pinceau imbibé de ce liquide, on badigeonne l'entrée du larynx, une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, dans le cas de phthisie laryngée. — Dans l'intervalle des badigeonnages, on étend la solution de 2 ou 3 fois fois son volume d'eau, et on l'emploie sous la forme de pulvérisations. — N. G.

COURRIER

Maison nationale de Charenton. — Le concours pour l'internat de Charenton s'est ouvert le mardi 22 avril, sous la présidence de M. le docteur Napias, inspecteur général,

assisté de MM. Drouineau, inspecteur général; Christian, Ritti et Damalix, médecins et chirurgien de la Maison nationale. Cinq candidats s'étaient fait inscrire et ont pris part à toutes les épreuves : La question écrite, tirée au sort, a été : « Nerf cubital ». Les autres questions restées dans l'urne étaient : « Dure-mère crânienne et nerf pneumo-gastrique. Pour la question orale elle a été : « Symptômes et diagnostic de la rougeole; » — « Cathétérisme de l'œsophage ». Etaient restées dans l'urne les deux suivantes : « Etiologie de la fièvre typhoïde et rétention d'urine; » — « Diagnostic de la pneumonie franche et luxation de la mâchoire inférieure ». Trois candidats seulement ont été déclarés admissibles; deux sont entrés en fonctions immédiatement.

Médecin du Sénat. — C'est M. le docteur Chavanne, ancien député et ancien médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, qui remplace le docteur Claudel dans le poste de médecin du Sénat.

Médecin conseiller général. — M. le docteur Laffont a été nommé conseiller général de la Seine pour le canton de Charenton.

Nécrologie. — M. le professeur Clœtta (de Lugano). — M. le docteur van Cappelle, ex-inspecteur général des aliénés pour les Pays-Bas. — M. le docteur Legrand (de Sainte-Geneviève). — M. le docteur Gruson, médecin des Messageries maritimes. — M. le docteur Lecomte (La Mothe-Beuvron). — M. le docteur H. Smith, professeur de chirurgie à l'Université de Pensylvanie. — M. le docteur Besser, ancien professeur à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. — M. le docteur Scalzi, professeur à la Faculté de médecine de Rome. — M. le docteur Magnus Huss, ancien professeur de clinique interne à la Faculté de médecine de Stuckolm. On doit à ce savant médecin, connu surtout pour ses belles recherches sur l'alcoolisme, un grand nombre de travaux parus en suédois et en allemand.

Legs. — Des décrets autorisent les legs suivants faits par M. Thomassin (Cyprien-Saint-Hubert), à savoir : 20,000 francs à la Société protectrice de l'Enfance; 20,000 francs à la Société des Amis des sciences.

— M. le docteur Terrillon recommencera ses leçons cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, à la Salpêtrière, le 14 mai 1890, et les continuera les mercredis suivants.

VENDÉE. — Poste médical vacant à *prendre* de suite et gratuitement, très avantageux à prendre avec la pharmacie. — S'adresser au bureau du journal.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

GOUTTES AMÈRES DE GIGON, stimulant de l'estomac.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Dyspepsies. — Anorexie. — Trait^t physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique.

Traitement des fractures de la rotule par l'ouverture immédiate et large du genou et la suture métallique des fragments, par le docteur Just Lucas-Championnière.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez Coccoz, libraire-éditeur, 14, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

Les manifestations linguales de la syphilis (1).

Messieurs,

Les glossites gommeuses sont des hyperplasies cellulaires qui sont incapables d'arriver à une organisation définitive ; elles meurent en tant que tissus et sont alors éliminées par un travail ulcératif. Elles se développent soit dans le derme lingual, soit au milieu du muscle lui-même, et cela conduit à les diviser en deux grandes clases : 1° les dermites gommeuses ou syphilides linguales gommeuses ; 2° les gommes du parenchyme, gommes linguales proprement dites.

Ces gommes sont à la langue ce qu'elles sont partout ailleurs, c'est-à-dire des infiltrations diffuses qui, primitivement solides et dures, se ramollissent, aboutissent à l'ulcération et enfin se réparent.

Les gommes muqueuses, à leur première période, forment sur la face dorsale de petites nodosités tuberculiformes. Elles ont le volume d'un grain de plomb, d'un petit pois ou au plus celui d'un très petit haricot et font un léger relief, leur consistance est ferme, dure ; leur nombre variable ne dépasse généralement pas deux ou trois. Quelquefois il y en a davantage, et alors, de deux choses l'une, ou bien elles sont agminées, et au nombre de six, sept ou huit, forment un bouquet en se plaçant les unes à côté des autres, ou bien elles présentent une coordination méthodique et se rangent en demi-lune ou en demi-cercle ; ce sont alors les syphilides gommeuses circinées. Après quelque temps, elles s'ulcèrent en surface, et ces ulcérations ont des bords nets, abrupts, sont entaillées dans un tissu très dur, ont un fond jaune, bourbillonneux.

Mais je passe de suite à l'étude des gommes musculaires qui sont bien plus importantes. Ces gommes affectent la partie supérieure de la langue et prédominent presque toujours près de la face dorsale. C'est toujours aussi sur cette face qu'elles s'ouvrent, quand elles se développent au milieu du parenchyme, et il est absolument rare de les voir à la face inférieure. Leur volume est très variable ; c'est celui d'une noisette, d'une olive, d'un haricot, d'une amande. Il peut y en avoir de plus petites, il peut y en avoir aussi de beaucoup plus volumineuses qui atteignent alors le volume d'une noix ou d'une datte.

(1) Suite. — Voir les numéros des 8 et 13 mai 1890.

La forme des gommes musculaires est difficile à définir, car naturellement on ne voit que leur hémisphère supérieur. Cependant on peut dire que, le plus souvent, les gommes de la langue sont ovoïdes. Quelquefois il en est d'aplaties, plus souvent d'allongées qui occupent alors la langue dans son diamètre antéro-postérieur.

Le nombre des gommes est variable ; généralement il y en a une, deux ou trois, quelquefois quatre, exception faite pour la forme confluente.

Les caractères objectifs de ces gommes se rapprochent de ceux des productions du même genre que l'on observe dans les différentes parties du corps, et leur évolution peut se diviser en quatre phases : 1° formation, crudité ; 2° ramollissement ; 3° ulcération ; 4° réparation et cicatrisation.

Pendant la période de crudité, la gomme forme une tumeur dure, solide, et on sent une résistance bien nette lorsque l'on palpe la langue avec la pulpe de l'index. La tumeur se reconnaît très bien par sa consistance, qui est quelquefois assez dure pour être ligneuse. Quand le volume de la production morbide est peu considérable, il peut arriver que le toucher seul puisse permettre de la découvrir; mais, le plus souvent, elle se voit et forme une bosselure proportionnelle à son volume. Quelquefois cette bosselure est très considérable, et alors il y a une véritable déformation qui devient évidente lorsque le volume de la gomme est celui d'un œuf de pigeon ou d'une datte. Nous avons vu que la tumeur peut occuper la moitié de la langue ; dans ces cas, la convexité de l'organe présente la forme d'une grosse saillie. Cette période se prolonge plus ou moins ; mais, en général, sa durée n'est jamais inférieure à plusieurs mois.

Quand le ramollissement survient, la tumeur de la langue perd sa dureté ; elle devient pâteuse, presque molle ; bientôt le ramollissement devient complet et la production donne alors au doigt la sensation d'une masse obscurément fluctuante.

La troisième période se caractérise par l'ouverture du foyer. Cette ouverture se fait toujours par un petit pertuis très minime à l'origine. D'après le dire des malades, car je n'ai jamais assisté à ce fait, il en sort une matière jaune, comme gommeuse ; l'ouverture s'élargit peu à peu excentriquement, et, au bout de quelques jours, il y a un véritable ulcère qui aboutit à constituer une perte de substance à ciel ouvert.

Je reviens sur les caractères que présente cet ulcère, car ils sont d'une importance capitale pour le diagnostic. Ces caractères sont au nombre de quatre :

1° L'ulcère est creux, très creux ; il est térébrant par excellence. Sa profondeur atteint 3 ou 4 millimètres ; quelquefois beaucoup plus, 2 à 3 centimètres ; on a alors une véritable caverne gommeuse ;

2° L'ulcère est toujours encadré par une aréole dure et rouge qui forme une sorte de bloc massif de tissus indurés ;

3° Les bords sont abrupts, taillés à pic, au bistouri, en falaise. Et c'est là un excellent caractère pour le diagnostic différentiel avec le cancer, dont les bords ne présentent jamais cette apparence ;

4° Le fond de l'ulcère offre une couleur jaune, est bourbillonneux. Le bourbillon se détache par parcelles, puis, quand son élimination est à peu près complète, il reste encore habituellement de petits reliquats de la masse sous forme de points jaunâtres. Cet aspect est absolument caractéristique.

Dans l'immense majorité des cas, l'ulcère est unique ; mais, quand il y a

plusieurs gommes ou que la production affecte une forme étalée, il peut y avoir, au début, plusieurs pertuis qui ne se réunissent qu'ensuite.

Une fois l'ulcère constitué, il se répare très rapidement quand il est soigné et obéit au traitement d'une façon très docile; on voit alors des lésions d'apparence très profonde guérir comme par enchantement. Il n'en est pas de même quand l'ulcère gommeux n'est pas traité; alors, ou il persiste simplement fort longtemps, sans changer de forme; ou bien, en même temps qu'il persiste, s'agrandit. Dans ce dernier cas, autour de la destruction gommeuse il se produit du tissu gommeux dur qui s'ulcère à son tour. Même quand il ne s'agrandit pas, l'ulcère non traité persiste fort longtemps; j'en ai vu qui dataient de six mois, un an, deux ans. Dans la *Lancette* anglaise de 1865, il y a une observation d'après laquelle on pourrait conclure que la gomme peut durer vingt ans.

Je dois maintenant vous décrire deux formes particulières de la gomme linguale : la forme confluente et la forme phagédénique.

Dans la forme confluente, le nombre des gommes est considérable; il peut y en avoir huit, neuf ou dix. Un malade que nous avions dernièrement dans nos salles avait dans la langue sept noyaux du volume de noyaux de cerises. Quand ces gommes confluentes restent petites, il n'y a pas de modification du volume de l'organe; mais, quand elles deviennent plus considérables, la langue est défigurée, tuméfiée, bosselée et prend des dimensions extraordinaires. Elle s'hypertrophie et, devenant trop grosse pour la bouche, apparaît entre les dents, puis entre les lèvres. Dans les cas les plus accentués, la langue pend devant le menton, peut le recouvrir et même le dépasser. Il existe dans la science un cas fameux de Cloquet que je vais vous rappeler en quelques mots : son malade avait de telles tumeurs linguales que l'organe était sorti de la bouche et pendait jusqu'à 3 pouces au-dessous du menton. La parole et la déglutition étaient naturellement très difficiles, et plusieurs médecins, pensant au cancer, avaient proposé d'amputer la langue. Cloquet songea à la syphilis et déjà, après quinze jours de traitement, l'amélioration était notable; après quelque temps, la langue put rentrer dans la bouche, et, après vingt-huit mois, la guérison était complète.

La forme phagédénique, dont il me faut vous parler maintenant, est beaucoup plus rare. Elle se manifeste sous deux formes, suivant que le phagédénisme est serpigineux ou térébrant. La forme serpigineuse, bien qu'elle n'ait pas des phénomènes objectifs très alarmants, est cependant fort dangereuse; en effet, elle progresse généralement en arrière, tend à s'établir dans la rigole glosso-épiglottique et détermine l'œdème de la glotte par inflammation des parties voisines de l'ulcère; la trachéotomie devient donc parfois nécessaire.

La forme serpigineuse est maligne par excellence, parce qu'on ne s'attend pas aux accidents qu'elle peut entraîner.

La forme térébrante est objectivement bien plus grave. Elle peut en effet détruire le quart, la moitié de la langue et se présenter sous l'apparence d'un ulcère épouvantable. J'ai eu occasion de soigner un syphilitique qui présentait sur le bord droit de la langue un ulcère gommeux très large, long de 8 centimètres et profond de 3. Un traitement approprié le guérit rapidement. Mais, trois mois plus tard, le malade revint me voir, atteint d'une récidive très étendue. L'ulcère s'était creusé de nouveau et je le vis pendant les trois ou quatre premières semaines envahir peu à peu la lan-

gue jusqu'à sa partie la plus reculée ; de sorte qu'il avait une longueur de 12 ou 13 centimètres. L'aspect était hideux, toute la langue était comme gangrenée, bourbillonneuse, recouverte d'une bouillie putrilagineuse, exhalant une odeur horriblement fétide. En nettoyant la surface de l'organe, j'enlevais de véritables lambeaux de tissus sphacélés. En même temps, l'état général était très mauvais ; il y avait de la fièvre, du subdélirium ; la parole et l'alimentation étaient excessivement difficiles. Malgré tout, après m'avoir donné les plus grandes inquiétudes, mon malade guérit.

Etudions maintenant les troubles fonctionnels qui caractérisent les glossites scléreuses et gommeuses ; les deux formes ont ceci de commun, qu'elles débutent de façon insidieuse et qu'il n'y a que très peu de troubles fonctionnels jusqu'au moment de l'ulcération. La glossite scléreuse se produit peu à peu, souvent à l'insu des malades, qui ne s'aperçoivent de son existence qu'au bout d'un certain temps, quelquefois par hasard.

Cependant, le développement de la sclérose s'accompagne de gêne, la langue est maladroite et les malades se la mordent souvent. La parole est cependant à peu près libre, bien que l'organe soit parfois un peu sensible. Dans la gomme, il n'y a aucun autre phénomène à noter, pas la moindre douleur, rien que de la gêne et de l'embarras. Les malades accusent souvent une sensation qu'ils comparent à celle d'un corps étranger ; ils disent sentir comme une arête de poisson qui serait fichée dans la langue. En somme, on peut dire que tout cela est peu de chose pour une lésion aussi importante.

La scène change quand l'ulcération apparaît. Dans les glossites scléreuses, il y a des ulcérations, des rhagades. Dans la glossite gommeuse, les produits caduques s'éliminent. Si même dans ces cas il n'y a que peu de douleurs au repos, elles sont facilement provoquées par le contact des aliments, surtout des aliments durs ou de ceux qui s'émiettent en parcelles grenues comme les amandes ou les noisettes; les aliments épicés, les alcools sont très mal supportés, il en est de même de la fumée de tabac, et les plus enragés fumeurs sont forcés parfois de renoncer à leur habitude; la parole est aussi assez gênée, et il semble, pour employer une expression vulgaire, que les malades parlent avec de la bouillie dans la bouche.

Enfin, la déglutition est aussi assez difficile. Malgré tout, la langue n'est jamais le siège d'élancements, de lancinements comme dans le cancer, et on n'observe jamais d'irraditions vers l'oreille. Remarquons encore d'une façon générale que les glossites syphilitiques, lésions spécifiques, ne présentent aucun symptôme qui leur soit particulier, et que, de plus, les phénomènes douloureux ne sont jamais extrêmement intenses et semblent souvent peu en rapport avec la gravité apparente de la lésion.

Presque jamais les glossites tertiaires ne s'accompagnent de ganglions; très rarement on en trouve quelques-uns, mais on ne peut dire s'ils sont simplement inflammés ou au contraire dégénérés.

Il y a de grandes différences dans les durées des deux formes de glossite syphilitique : la sclérose une fois produite persiste indéfiniment; la gomme, quoiqu'ayant une marche lente, finit par s'éliminer et enfin se cicatrise.

Le pronostic des deux variétés est aussi très différent. Les gommes forment des tumeurs souvent considérables, des ulcérations profondes, et le phagédénisme peut s'y développer. Malgré cela elles ne sont pas très graves, parce qu'elles arrivent à s'éliminer, à disparaître, et que le traitement a sur elles une action curative manifeste; elles sont bien plus terribles d'aspect

que redoutables en réalité ; ce sont, pardonnez-moi l'expression, des lésions tapageuses. Les glossites scléreuses sont infiniment plus graves. Je vous l'ai déjà dit, si tout à fait au début on peut guérir la maladie, si un peu plus tard il est encore possible de l'améliorer, rapidement le moment arrive où il est impossible de faire rétrocéder la lésion, qui alors dure autant que la vie.

Il est encore une particularité des glossites tertiaires que nous constatons facilement en ville, où les malades viennent nous revoir souvent, c'est la facilité des récidives. Les gommes récidivent très facilement deux fois, quatre fois et, dans certains cas, elles se reproduisent d'une façon incessante. J'ai vu un malade qui, pendant neuf ans, a eu des gommes nodulaires multiples qui ne faisaient, pour ainsi dire, qu'aller et venir ; chez lui, dans le cours d'une année, j'ai pu constater jusqu'à 10 récidives. Dans les glossites scléreuses, si le malade n'a pas une hygiène buccale minutieuse, incessante, les récidives deviennent perpétuelles, subintrantes, pour ainsi dire.

De l'ensemble des considérations que je viens de vous exposer, il résulte que les deux formes de glossite tertiaire ont une évolution extrêmement différente : l'une tend à une organisation définitive, tandis que l'autre se juge, pour ainsi dire, elle-même et s'élimine ; l'une est sèche, plastique, et l'ulcération n'y est qu'une complication ; l'autre est vouée à l'ulcération, qui joue le rôle d'un processus curatif. En un mot, la glossite gommeuse meurt, la glossite scléreuse persiste. *(A suivre.)*

Hôtel-Dieu

Un cas d'anémie et de dyspepsie avec gastralgie.

Observation recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Barié (Salle Saint-Raphaël, lit n° 27).

Hortense D..., âgée de 23 ans, domestique, entrée le 3 mai 1888. La maladie a débuté il y a quatre mois par de la céphalalgie, des étourdissements, des palpitations, des étouffements, de l'anorexie et de mauvaises digestions.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade est mort subitement. Sa mère est morte d'une entérite dont la nature n'a pas été déterminée. Son grand-père est mort d'une pneumonie. Sa grand'mère est bien portante. Ses frères et ses sœurs, qui ont eu une santé débile dans leur enfance se portent bien actuellement.

Antécédents particuliers. — La malade s'est très bien portée jusqu'à l'âge de 17 ans. Depuis son arrivée à Paris, il y a six ans, elle est constamment souffrante. En 1882 elle a eu une attaque de rhumatisme ; elle a été soignée dans divers services pour de la gastralgie et une péritonite. Elle est réglée depuis l'âge de 12 ans, et ses règles viennent régulièrement ; mais elles sont très abondantes. Elle n'a jamais ressenti de douleurs du côté de l'utérus. Elle n'a pas d'enfants. La malade n'a jamais eu de bronchites, jamais d'épistaxis, jamais d'hémoptysies, jamais d'hématémèses. Jamais d'attaques nerveuses.

Depuis quatre mois, la malade se plaint d'une grande faiblesse. Elle constate un amaigrissement sensible. Elle a des maux de tête persistants. Elle manque d'appétit et éprouve un certain dégoût pour les aliments. Dès qu'elle a mangé, elle a des crampes d'estomac et une sensation de brûlure et de constriction dans l'œsophage et au creux épigastrique. Ces phénomènes ne sont pas suivis de vomissements ou de régurgitation. Elle n'a ni constipation ni diarrhée.

Lorsque la malade marche trop vite ou trop longtemps, lorsqu'elle se fatigue, elle a des étourdissements et des pertes de connaissance. Lorsqu'elle se baisse pour ramasser un objet, elle a des éblouissements, et il lui est difficile de se relever. — Elle ressent des contractures assez douloureuses dans les bras et les jambes qui surviennent principalement le soir. (La malade n'a pas une sensation de boule remontant l'œsophage.)

EXAMEN DE LA MALADE. — L'auscultation des poumons ne donne que des signes normaux en avant, tandis qu'en arrière on constate du côté droit et au sommet un peu de faiblesse du murmure vésiculaire.

A la percussion on ne constate pas de différence de sonorité entre les deux sommets. Elle est normale, ainsi que l'élasticité des tissus qui est la même.

L'auscultation du cœur fournit des signes normaux : les battements ne sont pas précipités. Il n'y a pas d'arythmie. On ne trouve pas de lésions aux orifices, mais peut-être un prolongement du premier temps à la base au niveau de l'artère pulmonaire. Le pouls est petit, filiforme, régulier.

Le 4 mai, la malade est mise au traitement de l'eau de la Bourboule.

ETAT GÉNÉRAL DE LA MALADE A CE MOMENT. — La malade est profondément anémiée. Ses gencives sont d'un rose pâle. Les conjonctives et les lèvres sont décolorées. Ses yeux sont fortement bistrés. Elle est très abattue. Ses digestions sont mauvaises. Elle ressent, après avoir mangé, des crampes d'estomac très douloureuses, des sensations de brûlures le long de l'œsophage et au creux épigastrique.

La quantité d'urée contenue par litre pour ses urines est de 12 gr. 810.

5 mai. — La malade a ressenti, après avoir mangé sa soupe du matin, de violentes crampes d'estomac avec sensation de brûlure insupportable le long de l'œsophage; mais elle n'a pas éprouvé le besoin de rendre. Elle absorbe, quelques minutes après, un verre d'eau de la Bourboule. Ces symptômes de gastralgie ont été calmés sur-le-champ.

Elle a ressenti dans la journée quelques frissons, un peu de fièvre, mais pas de transpiration. Elle a mangé avec plaisir : elle n'a pas eu de crampes d'estomac, ni nausées, ni vomissements. Un peu de diarrhée.

6 mai. — La malade a eu un appétit satisfaisant ; elle n'a pas eu de nausées ou de vomissements après le repas, et très peu de pesanteur d'estomac. Quelques coliques. Selles nulles malgré de fréquents besoins d'aller à la selle. Quelques contractures dans les membres inférieurs.

7 mai. — Appétit satisfaisant. Pas de crampes d'estomac, pas de nausées. Pas de fièvre. Pas de transpiration nocturne. La malade, s'étant levée, a eu des vertiges qui ne l'ont quittée que lorsqu'elle s'est recouchée. La malade est très fatiguée. Son visage est pâle et abattu. Elle est encore très faible.

10 mai. — Appétit satisfaisant. Digestion assez bonne. Pas de vomissements. Quelques coliques survenant après le repas. Symptômes gastralgiques diminués. Céphalalgie. Pas de contractures des membres. Pas de névralgies. L'état général semble s'améliorer, mais la malade est excessivement faible.

12 mai. — La malade se trouve mieux. Elle n'a éprouvé qu'un peu de céphalalgie. Elle a mangé avec appétit. — La digestion s'est faite normalement. La malade n'a pas vomi, et ses *repas n'ont pas été suivis de douleurs gastralgiques*. Elle a eu un peu de diarrhée.

Pas de fièvre. Pas de transpiration. Pas de toux. L'état général est meilleur : la malade, s'étant levée, n'a pas eu d'étourdissement. Son visage est plus coloré, et elle cause et répond sans témoigner de fatigue.

15 mai. — Appétit excellent. Digestion bien faite. Pas d'envies de vomir. La malade s'est levée une grande partie de la journée et n'a rien ressenti.

17 mai. — L'état de la malade était assez amélioré pour que, dans le courant de la semaine, elle ait été envoyée au Vésinet.

Quantité d'urée par litre = 6.405.

Le traitement a été : Eau de la Bourboule, vin de quinquina, dragées Rabuteau.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL PRATIQUE DE DIAGNOSTIC ET DE PROPEDEUTIQUE, par A. HAGEN,
Revu et considérablement augmenté par le docteur F. TOISON. — Paris, Maloine, 1890.

L'auteur a eu pour but de réunir et d'exposer rapidement les notions indispensables ou utiles au diagnostic. Pareil ouvrage n'existait pas en France, et le choix de celui de Hagen est justifié par le succès qu'il a obtenu en Allemagne. Du reste, le traducteur pourrait revendiquer autant que l'auteur la paternité réelle du livre, puisqu'il a élevé le nombre des pages de 188 et 647.

Les procédés d'exploration physique sont bien exposés. Les chapitres consacrés à l'étude des crachats, du sang et de l'urine sont réellement complets, malgré leur concision. L'urologie est complète, pour le clinicien s'entend. Cependant, car enfin rien n'est parfait, le procédé pour l'estimation approximative des chlorures nous semble inutile; il faut faire un dosage exact, et, en somme, ce n'est pas difficile, ou ne plus s'en occuper. Nous ferons la même remarque pour tous les cas où l'on recommande de juger de l'abondance d'un corps d'après celle du précipité qu'il forme avec un réactif qui le rend insoluble. Trop de causes font varier les résultats que l'on croit obtenir pour qu'on puisse leur accorder une grande valeur.

Cette petite critique une fois faite, nous n'avons que des éloges à donner au reste de l'urologie ainsi qu'aux chapitres consacrés à l'examen de chaque viscère. L'auteur est bien au courant des découvertes les plus récentes et les expose clairement.

Dans une dernière partie, on trouve brièvement résumés les principaux signes propres à chaque maladie.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES MENTALES, par le docteur A. CULLERRE.
Paris, J.-B. Baillière, 1890.

C'est un inventaire résumé de nos connaissances actuelles en pathologie mentale qu'a voulu faire M. Cullerre, et il a parfaitement réussi.

Il a groupé ses matières sous quatre chefs :

Les *préliminaires*, comprenant un court historique, des considérations relatives à la physiologie pathologique et à la pathogénie de la folie et la classification;

La *première partie*, pathologie générale;

La *deuxième partie*, description de chaque forme d'aliénation;

La *troisième partie*, médecine légale et législation des aliénés.

Au point de vue de la classification, M. Cullerre a introduit deux modifications qu'il signale lui-même. Il a décrit une forme nouvelle : le *délire systématisé* à évolution progressive et a remplacé les monomanies par la *folie héréditaire*, « qui à de simples entités psychologiques éparses et sans bases cliniques substitue la notion d'une affection permanente des centres nerveux, à manifestations variables, il est vrai, selon le moment, mais rattachées les unes aux autres par le lien continu de la dégénérescence ».

P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai. — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Une note intitulée : *Ne serait-ce pas une même modification de l'air atmosphérique qui constituerait la cause originelle*, sine quà non, *des épidémies de toutes nos maladies*? par M. le docteur Pigeon;

2° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde à Vervins, par M. le docteur Penant;

3° Des mémoires du docteur Séjournet : *Contribution à l'hygiène de l'enfance* et *Compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription médicale de Revin;*

4° Des plis cachetés adressés par MM. les docteurs Galippe et J. Langlebert.

— Élection d'un membre titulaire. — Votants, 73; majorité, 37.

M. Terrier obtient 57 voix. (Elu.) MM. Périer, 11; Berger, 2; Nicaise, 1 ; Hortcloup, 1; bulletin blanc, 1.

— M. Le Dentu étudie les moyens de lutter contre l'*irréductibilité des anses intestinales après la laparotomie.*

La ponction expose à l'infection du péritoine, si on la fait à travers les parois de l'abdomen. Il n'en est pas de même quand les anses intestinales sont à nu. On se servira d'un assez gros trocart, ce qui donnera une issue suffisante aux gaz et aux matières, et on suturera le point ponctionné. Quand une ponction unique échoue, il est permis d'en pratiquer un certain nombre sur différentes anses.

L'incision de l'intestin doit être employée si les ponctions échouent. Cependant, si les anses herniées appartiennent à des parties différentes de l'intestin, une incision peut ne pas suffire. Si l'on fait alors plusieurs incisions, la nécessité des sutures rend l'opération fort complexe et expose à des accidents.

Reste l'anus artificiel. C'est la plus mauvaise pratique, car, si les anses ne se vident pas bien par une seule ouverture, il faudrait alors les fixer toutes à la paroi.

— M. Dumontpallier communique un nouveau travail sur le *traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc.* L'eschare qui tombe à la suite de l'action du crayon est bien la muqueuse utérine atteinte d'endométrite. Elle se régénère ensuite. M. Dumontpallier arrive aux conclusions suivantes :

1° Le traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc, laissé à demeure dans la cavité utérine, est le mode de traitement qui donne les résultats curatifs les plus constants;

2° Ce traitement ne détermine pas de complication inflammatoire péri-utérine;

3° La douleur postopératoire peut toujours être atténuée et rendue très supportable, quoi qu'on ait dit, par l'injection hypodermique de morphine pratiquée sur la paroi abdominale;

4° La muqueuse utérine est reconstituée à bref délai après l'opération, le retour de l'écoulement menstruel est observé le plus souvent cinq à six semaines après l'opération et la grossesse a été constatée chez plusieurs opérées;

5° Quant aux différentes formes d'atrésie, elles peuvent être évitées par un traitement préventif appliqué méthodiquement et les sténoses tardives peuvent être traitées avec succès par la dilatation.

— M. Crivelli montre les photographies d'une petite fille de 18 mois, dont les organes génitaux sont anormalement développés.

— M. A. Robin lit un rapport sur le service des stagiaires de l'Académie aux eaux minérales. Sur ses conclusions, l'Académie accorde une récompense de 500 francs à MM. Gresset, Gauly, Lamarque et Boutarel.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol sur les candidats au titre de correspondant national (première division). La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lacassagne (de Lyon); en deuxième ligne, M. Gros (d'Alger); en troisième ligne, M. de Brun (de Beyrouth); en quatrième ligne et ex æquo, MM. Niepce (d'Allevard), Trastour (de Nantes) et Duché (de Roanne).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Albuminurie des morphinomanes. — Bains froids dans la rougeole maligne. — Amyotrophie hystérique. — De l'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtéritique.*

M. Huchard : L'abus prolongé de la morphine détermine quelquefois une albuminurie permanente qui se termine ordinairement par l'urémie. Levinstein, en 1878, en publia sept observations; M. Huchard a observé trois cas semblables à ceux de Levinstein, tous trois terminés par l'urémie et la mort.

L'albuminurie post-morphinique peut être due à une action spéciale du poison sur le centre bulbaire. Elle peut être aussi provoquée par des anomalies de pression artérielle amenant à la longue des lésions rénales. En effet, les recherches de M. Huchard lui ont montré que la morphine abaisse considérablement la tension artérielle. C'est ainsi que se produisent des congestions passives du côté de certains organes et surtout du côté de l'appareil rénal.

L'étude de la tension artérielle dans les maladies est d'une importance réelle; cette étude démontre l'existence d'un groupe d'affections caractérisées par des modifications de la tension vasculaire. L'artério-sclérose, par exemple, généralisée ou partielle, serait toujours préparée et produite par l'hypertension artérielle. Le mal de Bright, au contraire, se caractérise par une hypotension permanente. De ces faits on peut facilement déduire les indications thérapeutiques.

Au point de vue du traitement, on doit distinguer le morphinisme et la morphinomanie. Le morphinomane est un cérébral; il faut le traiter comme tel, et l'internement est alors indiqué. Dans le morphinisme, au contraire, l'état mental est sain et ce moyen ne doit jamais être employé.

— M. Dieulafoy rapporte un cas de rougeole grave guérie par les bains froids. Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans 1/2 qui fut prise d'une rougeole d'abord bénigne et normale.

Tout avait marché très régulièrement jusqu'à la fin du sixième jour; mais, à ce moment, le tableau changea : la malade fut prise de symptômes nerveux intenses : excitation, insomnie, anurie, pouls de 120 à 150, température très élevée, langue rôtie. Le huitième jour, délire, pouls à 150, faux pas du cœur, collapsus, extrémités refroidies. Quand M. Dieulafoy fut appelé, comparant ce cas de rougeole maligne aux cas graves de scarlatine et de fièvre typhoïde, il proposa le traitement par les bains froids.

A cinq heures, on met la malade dans un bain à 24°. Elle est prise d'un grand frisson avec claquements de dents, cyanose, refroidissement des extrémités. Puis, au bout d'une minute, le pouls, qui était à 150, tombe à 120, 115, 110, et, en même temps, se régularise; le délire disparaît. Un quart d'heure après, on retire la malade du bain; elle s'endort tranquillement.

A minuit, deuxième bain (T. 40°1); troisième bain à trois heures (T. 39°); quatrième bain à huit heures (T. 38°).

Le matin, l'état est très satisfaisant : la langue est humide, le pouls calme, les urines abondantes. On cesse les bains au onzième jour. A ce moment, la malade demande à manger, et la température est normale.

Toutes les maladies infectieuses ont une forme maligne dans laquelle elles ont des traits communs. Il y a une infection primitive, produite par un agent dont la virulence s'exalte. C'est la véritable malignité des anciens. Il ne faut pas confondre cette infection primitive avec les infections secondaires qui surviennent à titre de complications. Qu'il s'agisse de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, de la rougeole, du rhumatisme, le tableau clinique de leurs formes malignes est le même. Or, on sait les succès obtenus par les bains froids dans les formes graves de la fièvre typhoïde. On doit donc traiter par les bains froids les états malins de ces diverses affections.

— M. Juhel-Renoy a guéri par les bains froids deux enfants de 8 ans atteints de rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

M. Duponchel (Val-de-Grâce) a soigné de la même façon, en novembre dernier, deux militaires atteints de rougeole grave. L'un prit cinq bains froids à 20 ou 21°, l'autre trois, et, dans ces deux cas, on vit disparaître rapidement les symptômes graves, et la rougeole se termina par la guérison.

M. Huchard : Dans toutes les observations que l'on vient de rapporter, le collapsus cardiaque domine tous les autres symptômes. M. Huchard a vu plusieurs cas semblables, et, dans tous, il a employé avec succès la caféine à haute dose (2 à 3 grammes par jour) en injections sous-cutanées.

— M. Gilbert Ballet : MM. Chantemesse et Widal ont présenté récemment à la Société un malade qui, à la suite de l'ablation d'un ganglion cervical, avait eu de l'atrophie musculaire de la nuque, du bras et de la main. Il s'agissait d'un cas d'atrophie hystérique; le malade présentait, en effet, quelques stigmates légers de la névrose. Mais l'histoire de ces amyotrophies hystériques étant encore incomplète, on éleva quelques doutes sur la valeur du diagnostic. M. Ballet rapporte un cas analogue, mais dans lequel les signes de l'hystérie sont beaucoup plus nets.

Il s'agit d'un malade dont le membre supérieur gauche est devenu tout à coup impotent. Cette parésie musculaire, très accusée, s'est accompagnée d'une atrophie considérable. Ce qui frappe surtout, c'est de voir la main droite large, forte, avec des extrémités digitales volumineuses : c'est une main de manouvrier; à gauche, au contraire, les doigts sont minces, effilés, surtout l'index et le petit doigt. Il n'y a donc pas seulement atrophie musculaire, mais aussi atrophie tendineuse et osseuse.

Ces troubles se sont produits avec une rapidité peu commune, comme après certaines arthrites, presque à vue d'œil, en moins d'un mois. Cette particularité est presque de règle dans les atrophies hystériques.

Ici, la nature hystérique de l'affection n'est pas douteuse. Le malade a de l'hémianesthésie à gauche et de l'anesthésie sensorielle (goût, odorat). Il a d'ailleurs, en 1886 et 1887, déjà eu de la paralysie hystérique. Actuellement, il en est à sa troisième ou quatrième attaque, et c'est maintenant seulement que se sont produits les phénomènes d'atrophie.

Ces exemples sont importants à recueillir, car ils sont peu nombreux et mal connus. Charcot et Babinski en ont publié les premières observations. M. Ballet a lui-même rapporté autrefois devant la Société un cas d'atrophie succédant à la coxalgie hystérique.

M. Raymond signale, comme travail récent sur la question, la thèse de son élève M. Michaut : « Contribution à l'étude de l'atrophie hystérique ». Les cas sont plus fréquents qu'on ne pense. En deux mois, on en a pu réunir quinze à Saint-Antoine; les troubles se sont montrés chez des hommes et se sont tous caractérisés par une atrophie considérable et rapide.

M. Raymond cite encore la thèse d'un autre de ses élèves, M. Trétignan, sur « l'œdème hystérique ». Chez le malade, les doigts grossissaient, se tuméfiaient; il y avait en même temps de la paréso-analgésie; cela dura cinq ou six mois la première fois, puis reparut après une guérison complète pour disparaître de nouveau.

M. G. Ballet : On dit qu'il n'y a pas de paralysie faciale dans l'hystérie. Dans plusieurs cas, cependant, M. Ballet a vu de la paralysie faciale du côté de la monoplégie. Le malade dont il parlait plus haut l'a présentée deux fois, et elle existe encore maintenant, quoique peu accusée.

M. Raymond : Dans l'observation XI de M. Michaut, il y a une paralysie faciale, mais du côté opposé à la paralysie.

— M. Sevestre : On voit souvent, dans le cours de la scarlatine, la gorge se tapisser de productions blanchâtres qui, pour les uns, sont dues à la diphthérie, et, pour les autres, à la scarlatine. Aux yeux de M. Sevestre, lorsque cette angine est précoce, elle

est due à l'infection scarlatineuse. Ces fausses membranes de la scarlatine offrent cependant, dans quelques cas, une teinte grisâtre, une consistance et une adhérence assez complètes pour rendre le diagnostic très difficile. Elles peuvent se développer, comme la diphthérie, sur le voile du palais et la luette. Enfin, elles peuvent s'accompagner d'adénopathies.

Il y a des cas plus difficiles encore : l'angine membraneuse peut précéder l'exanthème scarlatineux, et le diagnostic est alors extrêmement difficile.

Les enfants atteints d'angine scarlatineuse conservent leur entrain. L'état général est bon et bien différent de l'état que produit l'empoisonnement diphthérique. C'est là que l'on trouvera les meilleurs signes distinctifs des deux affections.

L'angine scarlatineuse est bénigne, même lorsqu'elle est très étendue; la guérison est la règle; en outre, cette angine ne donne pas la diphthérie. M. Sevestre a pu, sans danger, garder les enfants qui en étaient atteints dans les salles de scarlatineux.

Quelle est donc la nature de cette angine? Est-elle due à la scarlatine ou à une infection secondaire? MM. Wurtz et Bourges n'ont jamais, dans ces angines pseudo-membraneuses précoces, trouvé le bacille de Löffler, qui existait au contraire dans deux cas d'angine tardive.

Dans les angines précoces, ils ont trouvé un streptocoque dans tous les cas, et, en même temps que lui, soit le staphylococcus pyogenes aureus, soit le staphylococcus pyogenes albus. Le streptocoque jouerait le principal rôle; par ses caractères morphologiques, l'aspect des cultures et les effets de l'inoculation aux animaux, il serait analogue au streptocoque de l'érysipèle.

Donc, des recherches bactériologiques et cliniques on peut conclure :

Chez les scarlatineux ont peut observer une angine pseudo-membraneuse spéciale, ressemblant à l'angine diphthérique dont elle est cependant indépendante. Cette angine ne relève pas directement de la scarlatine, mais elle est due à une infection secondaire par un micro organisme spécial; le pronostic est bénin.

On peut sans danger garder avec les autres les scarlatineux atteints d'angine précoce. Il est cependant plus prudent de les isoler, car la diphthérie peut aisément se greffer sur ce terrain favorable. Enfin le meilleur traitement consiste à pratiquer l'antisepsie rigoureuse de la bouche et du pharynx.

M. Chantemesse : De l'intéressante communication de M. Sevestre on peut dégager deux faits : l'un porte sur la nature de l'angine survenant dans le cours de la scarlatine, l'autre touche à la question de diagnostic rapide au lit du malade.

Ces angines sont dues, comme l'a dit M. Sevestre, à des streptocoques. Mais tous les streptocoques sont de la même espèce et peuvent subir certaines transformations. Widal a démontré que le streptocoque de l'érysipèle fait tantôt du pus, tantôt des fausses membranes; d'autres fois il produit la septicémie. Le streptocoque tiré des fausses membranes vaginales d'une fièvre puerpérale, et injecté dans la gorge d'un lapin, a produit un angine intense avec fausses membranes considérables. On ne peut donc plus douter que les streptocoques puissent donner des productions d'apparence diphthérique.

Quant au diagnostic, on peut quelquefois le faire, avec une grande expérience clinique. Mais cela n'arrive pas toujours, comme le constate M. Sevestre. Or, il est un moyen sûr d'arriver rapidement à un diagnostic ferme. Les cultures sur sérum solidifié donnent en 24 ou 36 heures, lorsqu'il s'agit de vraie diphthérie, un très grand nombre de colonies d'apparence typique, même à l'œil nu. Ce procédé, dû à Roux et Yersin, est donc excellent dans tous les cas où le diagnostic clinique est hésitant.

FORMULAIRE

Pommade contre l'orgelet. — De Saint-Germain et Valude.

Calomel à la vapeur.........	0 gr. 50 centigr.
Vaseline....................	10 grammes.

F. s. a. une pommade. — On en fait des onctions, à l'aide d'un pinceau, dans le cas d'orgelets chez les enfants, ou dans les inflammations glandulaires localisées des bords palpébraux. — N. G.

COURRIER

L'Association des médecins de la Seine, fondée en 1833, par Orfila, en faveur des membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche dernier, sa 57e assemblée générale, sous la présidence de M. Brouardel.

Le secrétaire général, M. Henri Barth, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 55,897 francs dont 17,682 fournis par les cotisations, 3,765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 4 sociétaires, 57 veuves ou familles de sociétaires, enfin 30 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, deux pensions viagères de 1,200 francs chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 francs. Une somme de 10,200 francs a été versée au fonds de réserve.

A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice; ont été réélus : président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

Une ambulance urbaine. — On sait que l'institution des ambulances urbaines a été importée de New-York à Paris par le docteur Nachtel. M. Nachtel a fondé une Société qui a acheté deux voitures d'ambulance et disposé, à l'hôpital Saint-Louis, une salle pour deux internes, et une écurie pour quatre chevaux. Elle paye les chevaux et les cochers; elle paye les internes. Dans tout le ressort de l'hôpital Saint-Louis, on a établi une correspondance téléphonique. On presse un bouton dès qu'un accident se produit, cinq ou dix minutes après, selon la distance, la voiture de l'ambulance urbaine est sur le lieu du sinistre. Elle ne met que dix minutes pour aller de l'hôpital Saint-Louis à l'Opéra.

Les ambulances urbaines ne fonctionnent que depuis le 2 juin 1888, et dans un hôpital seulement. Elles ont transporté 3,294 malades savoir : 687 dans le premier trimestre de son fonctionnement, 2,054 pendant l'année suivante (1889) et 551 dans les trois premiers mois de 1890. Pour la plupart des cas (1,034), il s'agissait de personnes blessées par accident. On compte parmi les autres secourus 19 victimes de meurtre, 161 tentatives de suicide, 68 femmes prises dans la rue par les douleurs de l'enfantement; 37 (trente-sept) présentaient les premiers symptômes de la mort par la faim.

Les services des ambulances urbaines sont entièrement gratuits. Elles transportent les malades, à domicile ou à l'hôpital, sans aucune rétribution.

Sur l'initiative du docteur E. Mauriac, une Société vient de se constituer à Bordeaux pour l'organisation et le fonctionnement des ambulances urbaines.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

VINS titrés d'OSSIAN HENRY (*Fer-Quina*) *anémie, chlorose, etc.*

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Un cas de morve chez l'homme.

Observation communiquée à la Société de médecine de Paris dans la séance du 11 janvier 1890,

Par M. PINTEAUD-DÉSALLÉES.

Messieurs,

J'ai l'honneur de présenter à votre observation l'histoire d'une maladie intéressante par le fait seul qu'elle est, fort heureusement, très rare de nos jours : je dis fort heureusement, car, insidieuse dans son évolution, ainsi que je vais m'efforcer de le démontrer, elle est implacable dans sa terminaison, presque toujours funeste dans la race humaine. Je veux parler de la *morve*, dont il m'a été donné d'observer un cas isolé, de la morve dont la contagion du cheval à l'homme a été si bien démontrée par les beaux travaux du professeur Rayer.

Le 13 août 1887, je fus mandé dans un village de la commune de Mornac pour voir un homme de 40 ans, fortement constitué, peut-être alcoolique, qui depuis huit jours souffrait d'une pleurodynie du côté droit, douleur qu'il avait essayé de combattre par l'application d'un vésicatoire. Le ventre était ballonné et sensible à la pression, la région recouverte par le vésicatoire œdémateux. On m'apprit bien ce même jour, que deux

FEUILLETON

CAUSERIE

Quand on est en wagon, que le train marche à toute vitesse, que vous êtes entouré de voisins bavards, racontant les histoires de la petite ville qu'ils viennent de quitter pour voler vers la grande, le mieux que vous ayiez à faire, c'est de les écouter. Donc j'ai écouté, l'histoire d'une extirpation d'un kyste dermoïde de l'ovaire racontée par un loustic de petite ville de province, à des amis de la même petite ville.

— Ces médecins de Paris vous ont des inventions! Comme ça sait se faire valoir. En voilà un qui est venu ouvrir la panse de Mme D..., il lui a retiré tous les boyaux du corps, et on a dit qu'il avait trouvé, au milieu de tout ça, une perruque!

— Une perruque! dit un autre, êtes-vous bien sûr?

— On a dit une perruque, mais je ne l'ai point vue! C'est peut-être la sienne qu'il avait laissé tomber dedans, et qu'il a retirée pour faire croire qu'il avait retiré quelque chose d'extraordinaire. Après tout, il n'y avait peut-être point un cheveu. Qu'est-ce qu'ils ont dit encore?... Qu'on avait retiré aussi la tête d'un enfant. Pas la tête, mais les os du crâne, sans cheveux, avec plus de cinquante dents, de quoi faire au moins deux paires de rateliers, quoi. Faut croire que la pauvre dame aura mangé un de ses enfants et que la tête lui sera restée dans les boyaux.

mois et demi auparavant cet homme avait perdu une première mule de la morve; qu'une deuxième mule, placée dans une autre écurie, mais pour laquelle on avait commis l'imprudence d'employer le même harnachement, venait de succomber, le matin même de ma visite, également frappée de la morve; qu'enfin le malade les avait soignées l'une et l'autre. Malgré ces commémoratifs, je ne voulus voir chez mon malade qu'un embarras gastrique compliqué de courbature.

Purgatif, cataplasme sur le vésicatoire enflammé.

Le 23, on me fait appeler de nouveau. J'étais absent, mon confrère Audiot veut bien me remplacer auprès du malade qu'il croit atteint d'une affection médullaire : violente céphalalgie et des douleurs atroces dans les membres inférieurs.

Bromure de potassium, rhubarbe par paquets.

Le 26, je revois mon malade. Le pouls est à 100; tempér., 40; oppression, et cependant l'auscultation est négative. Il se plaint de violentes douleurs dans les côtés de la poitrine sous forme de contriction. Douleurs encore plus vives dans la cuisse, le jarret et le mollet du côté droit. J'observe une plaque d'érythème au niveau de la malléole externe gauche, ainsi que sur le cou-de-pied droit, et au-dessus du genou une nodosité douloureuse du volume d'une petite noix; enfin une induration inflammatoire du pourtour du vésicatoire sus-mentionné avec dépression centrale, au fond de laquelle on perçoit les côtes comme enfoncées (sensation de céphalématome) sans fluctuation évidente. Plus rien du côté de l'abdomen.

Comme les narines sont sèches, que je ne constate aucune ulcération du fond de la gorge, qu'il n'y a pas d'engorgement sous-maxillaire, tout en pensant à la possibilité de la nature infectieuse de la maladie, je ne puis encore m'arrêter complètement à l'idée de la morve. Cependant je prescris une potion au quinquina avec addition d'acide phénique, je fais ajouter du chloral à la potion bromurée, et j'injecte de la morphine dans la cuisse si douloureuse.

Le 29, le malade geint en respirant. Pouls, 120; tempér., 40,8; oreille dure, langue très sèche, soif intense, diarrhée peu fétide, tremblement des mains, ventre ni ballonné ni douloureux, rien aux poumons et au cœur. Au pourtour des articulations des quatre membres apparaissent des plaques et nodosités d'érythème noueux, accompagnées d'empâtement douloureux des jointures; enfin collection purulente au niveau de la malléole externe gauche, là où précédemment existait une plaque d'érythème. L'œdème douloureux du vésicatoire a disparu. Cet état typhoïde grave serait-il compliqué de rhumatisme articulaire? Dans ce but, je prescris du salicylate de soude.

— Mais ses boyaux, comment a-t-on fait pour les remettre?

— Bah! dit l'autre, c'est tout simple; quand un de mes chiens est éventré par un sanglier, je les lui fais bien rentrer; je recous la peau, et, le lendemain, il n'y paraît plus. Une femme, est-ce que c'est plus difficile à recoudre qu'un chien? Pardieu non.

— Oui, mais les femmes ne guérissent point toujours. Vous souvenez-vous de notre ancien châtreur de porcs qui a voulu empêcher sa femme d'avoir trop d'enfants et qui l'a châtrée comme une truie? Sept enfants en sept ans de ménage... pensez donc! C'est la femme qui a eu cette idée-là. « Puisque tu empêches bien les truies de faire des petits, qu'elle a dit à son mari, tu peux bien en faire autant pour moi. Vas-y, n'aie pas peur. »

Et l'autre a fait comme pour les truies. Il a fait un petit trou de chaque côté, au-dessus de l'aine, et il a retiré la grappe. (La grappe, vous savez, ce sont soi-disant les œufs que les paysans croient la source des enfants chez la femme.) Mais elle n'en a guère profité. Elle est morte deux jours après.

Et le mari? Le mari, il est passé en cours d'assises, mais il a si bien prouvé que sa femme était mieux que consentante à l'opération, puisqu'elle l'avait demandée, et les paysans du jury ont si bien compris qu'on a assez d'enfants quand on en a eu sept en sept ans, qu'il a été acquitté. Et allez donc!

Tout cela est à peu près textuel; mais ce que je ne puis rendre, c'est le ton, les gestes et la physionomie du narrateur et des auditeurs. J'en ris encore. Perruque!

Le 31 août, nuit délirante, transpiration abondante, respiration rapide et gémissante. Pouls, 120; tempér., 39,8; œdème de la face, nodosité dans l'épaisseur de la joue gauche avec rougeur douloureuse de la peau. Pustule sur l'épaule gauche, de la dimension d'une pièce de 20 centimes, crevée et suppurante. Sur le bras correspondant, l'épaule opposée, la poitrine et les mains, on voit des vésicules disséminées non ombiliquées rappelant celles de la varicèle. Erythème douloureux à l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche. Plaque érythémateuse avec tuméfaction du genou droit. Œdème du pied correspondant. Lymphangite à la face interne de la cuisse droite et ganglions volumineux et douloureux de l'aîne correspondante. A la place du vésicatoire et des nodosités des premiers jours on ne constate plus qu'une teinte noire de la peau. Il faut bien se rendre à l'évidence : c'est assurément lè un cas de morve aiguë.

Continuer la potion tonique et phéniquée.

Le 2 septembre, prostration profonde. Œdème de la face, du ventre, des pieds et des mains. Pustule de l'épaule gauche ulcérée et agrandie. Formation d'un grand nombre de bulles sur le corps. Absence de jetage et de ganglions sous-maxillaires.

Le malade s'est éteint le lendemain, peu d'heures après avoir mangé la soupe, disant encore que cet aliment lui donnerait des forces pour se rétablir.

C'est en vain que j'ai cherché à découvrir quelle avait pu être la porte d'entrée du virus, soit du côté des mains soit du côté de la face; en sorte qu'il est permis de conclure que c'est plutôt par infection que par inoculation que s'est développée la maladie.

Bien que contagieuse d'homme à homme, cette affection semble ne devoir pas l'être à un bien haut degré, puisque, en dépit de mes recommandations, quatre enfants en bas âge, la femme et la mère du malade ont vécu dans la même chambre pendant toute la durée de la maladie, et que, malgré mes prescriptions, je doute fort qu'un nettoyage rigoureux de la chambre et de la literie ait jamais été fait.

Tel est, Messieurs, l'exposé de cette affection protéiforme, qui a été prise tour à tour pour de la courbature, de l'embarras gastrique, une affection médullaire, un rhumatisme à caractère typhoïde. Et cependant j'étais prévenu dès le début de l'origine possible de la maladie!

Or, voici la cause de mon erreur : j'avais cru bien à tort que, à l'instar de ce qui se passe chez les solipèdes, la morve se manifestait tout d'abord chez l'homme par le jetage et le glandage. Et l'absence de ces symptômes,

*
* *

Les journalistes, qui nous font quelquefois dire des bêtises, sont allés voir Marie Gagnol, la nouvelle Marie Aguétant, dans le service de M. Berger, à l'hôpital Lariboisière. Là, ils ont assisté à une extraction d'esquilles par MM. Berger et Périer. Après avoir retiré trois grandes esquilles dont l'une était d'une dimension aussi forte que celle d'une pièce de cinq francs (quels français, mes enfants!), M. le docteur Berger a procédé à un pansement délicat, appelé *salol.* La tête a été ensuite recouverte d'ouate et de gaze.

Grâce à ces messieurs, voilà le *salol* sur le même pied que le Lister et le Guérin. A qui le tour maintenant?

*
* *

On n'est pas près d'avoir épuisé les anecdotes qui courent sur Ricord. Notre confrère Cabanès pense que si on arrivait à composer un recueil complet des bons mots sortis de la bouche de l'éminent syphiligraphe, le *Ricordiana* deviendrait, en peu de temps, le complément obligé de toute médication pour les névrosés et autres surmenés. En voilà deux à ajouter aux précédents.

On sait combien étaient suivis ses cours de l'hôpital du Midi; on se pressait en foule dans le jardin, on grimpait au besoin sur les arbres, sans doute pour donner raison aux conceptions simiesques de Darwin. Un jour que le professeur sentait son exorde lui échapper, apercevant une véritable grappe humaine suspendue aux tilleuls, à l'ombre

recherchés dès mes premières visites, me tenait dans une sécurité trompeuse. C'est le fait que je tenais à vous signaler.

J'ai d'autant plus à regretter ce diagnostic tardif que, certain de la nature de l'affection dès son origine, j'eusse pu, peut-être avec succès, employer les préparations d'iode et de soufre, ainsi que le conseille notre cher doyen, le professeur Brouardel.

REVUE TRIMESTRIELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

L'opération césarienne moderne; manuel opératoire, par J. Potocki, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité. (*Annales de gyn.*, décembre 1889.) — Les médecins appelés à pratiquer l'opération césarienne ne l'abordent qu'en tremblant, car elle inspire une vive terreur, justifiée par les anciennes statistiques. Les méthodes modernes ont transformé cette opération. Elle n'est pas devenue pour cela opération de choix; elle reste une opération de nécessité; mais, comme tout praticien est exposé à rencontrer cette nécessité, M. Potocki rend un véritable service en décrivant minutieusement les précautions à prendre pour bénéficier des progrès de la chirurgie moderne. L'opération césarienne consiste dans l'incision de la paroi abdominale et de l'utérus pour extraire le fœtus par la voie ainsi créée. Cette définition exclut les laparotomies pratiquées pour grossesse extra-utérine ou rupture de l'utérus.

Une opération césarienne comprend les actes suivants :

1° Incision de la paroi abdominale et de l'utérus; extraction du fœtus et de l'arrière faix.

2° Traitement de l'utérus.

3° Fermeture de la paroi abdominale.

La description de l'opération comprend :

A) Les préparatifs de l'opération.

B) Le manuel opératoire.

A) Préparatifs de l'opération. — Si le praticien n'a pas à sa disposition une salle de laparotomie, il prendra toutes les mesures de propreté possibles. On peut se contenter

---

desquels il conversait avec ses élèves, il s'écrie, dans un de ces élans d'improvisation qui lui étaient familiers : « C'est la première fois, je l'avoue, que je vois les tilleuls porter des glands! » Inutile de dire qu'un fou-rire secoua l'assemblée.

Très amateur de gaudrioles, Ricord suivait volontiers l'exemple de Boileau, appelant « un chat un chat et Rolet un fripon ». C'est ainsi qu'entendant un confrère se vanter d'avoir mené à bien une castration : « Mais il ne reste à votre opéré qu'un témoin, et un témoin... à décharge! »

Un gros volume suffirait à peine pour les contenir, toutes ces grasses facéties, fortement assaisonnées de sel attique, parfois semées de quelques débris cantharidés.

Damaschino, qui, lui aussi, a laissé d'excellents souvenirs, nous permet d'ajouter à nos anecdotes celle-ci, que raconte le même Cabanès :

C'était au temps où Damaschino s'initiait à la connaissance des maladies nerveuses. Dans ce but, il visitait un jour une maison de santé où l'on traitait les affections mentales. Notre confrère, le docteur B..., alors interne du service, lui en faisait les honneurs. Tout à coup, un des malades, interrompant brusquement leur conversation, vient se camper en face d'eux, et lance cette tirade :

Sous le beau ciel de l'Ionie,
Damaschino, tu vis le jour.
On te dit Grec, moi je le nie :
Au lansquenet tu perds toujours.

Très ému, Damaschino demande l'explication de cette apostrophe inattendue à son

d'un seul aide. Lui seul et l'opérateur toucheront la malade. Une sage-femme est nécessaire pour recevoir l'enfant et lui donner les premiers soins. A la rigueur ce personnel suffit.

Il faut préparer les instruments nécessaires non seulemement pour une opération césarienne simple, c'est-à-dire conservatrice de l'utérus, mais pour une opération de Porro par laquelle on enlève l'utérus, complication qu'il faut subir dans certains cas sans qu'on puisse la prévoir.

Les instruments indispensables sont :

Un bistouri ordinaire pour l'incision de la paroi abdominale et de l'utérus.

Une pince à griffe pour saisir les lèvres des plaies qu'on suture.

Une ou deux douzaines de pinces hémostatiques pour saisir les vaisseaux et les fils des fortes sutures.

Des ciseaux forts pour agrandir au besoin l'incision abdominale.

Une aiguille de Reverdin pour les sutures profondes de l'utérus et les sutures de la paroi abdominale.

Des aiguilles fines enfilées d'avance pour les sutures superficielles de l'utérus.

Un porte-aiguilles pour les aiguilles séparées.

Du fil de soie de deux grosseurs différentes : gros pour les sutures profondes, fin pour les superficielles.

Un tube en caoutchouc non perforé pour l'hémostase provisoire de l'utérus.

Deux broches pour traverser le pédicule utérin si l'opération de Porro est pratiquée.

Les instruments seront bouillis pendant une demi-heure dans la solution phéniquée à 5 p. 100 et seront à demeure pendant l'opération dans un plateau contenant de l'eau phéniquée à 3 p. 100. Ils seront à portée de l'opérateur, qui les prendra lui-même.

On se procurera en outre les solutions antiseptiques indispensables, de l'eau bouillie, et des sachets-éponges faits avec de la gaze cousue et bouillie pendant une demi-heure dans la solution phéniquée à 5 p. 100.

L'opérateur et ses aides seront aseptiques. La femme sera savonnée, purgée s'il y a moyen, rasée, lavée avec les solutions antiseptiques. La vessie sera vidée. Après, nettoyage antiseptique du vagin fait avec les solutions ordinaires, le doigt et un appareil à irrigation. On tamponnera avec de la gaze iodoformée.

Elle sera anesthésiée avec du chloroforme employé seul ou précédé à une demi-heure de distance d'une injection de morphine suivant la méthode de Claude Bernard.

---

interlocuteur, qui lui apprend qu'il a devant lui... un de ses anciens collègues d'internat. Même longtemps après cet incident, il ne pouvait le rappeler sans une angoisse inexprimable.

* *
*

Souvenir du siège, à propos des obsèques d'un jeune chirurgien danois, le docteur Arendrup. Dans le parc de Saint-Cloud, sur le gazon, au milieu des grandes tentes de l'ambulance, un catafalque était dressé. Autour d'un cercueil étaient rangés 50 ou 60 soldats estropiés, infirmes, amputés. Cinq ou six, pâles, épuisés, s'étaient fait rouler près du catafalque, dans de petites voitures. Sous les tentes, dans leurs lits, les blessés se soulevaient et regardaient au loin. Une musique militaire jouait une marche funèbre, puis un pasteur protestant prononça un discours. Beaucoup de soldats pleuraient.

Je demande le nom de celui à qui on faisait de si touchantes funérailles. C'était un jeune chirurgien danois, le docteur Arendrup ; depuis le commencement de la guerre, il soignait nos blessés avec le plus admirable dévouement ; il vient de mourir à la peine.

Deux soldats derrière moi, pendant l'allocution du pasteur, causaient :

— Lui en fait-on des belles phrases ! disait l'un des soldats, lui en fait-on !

— C'est que c'était un brave homme.

— Oh ! je sais bien ; mais s'il était mort il y a six mois, on ne lui aurait pas fait tout de même tant de belles phrases. Quand nous avons enterré notre lieutenant-colonel, cet hiver, du côté de Saint-Calais — c'était un bien brave homme — et on ne lui a pas

Le sommeil est ainsi plus complet, plus rapide, et il semble qu'on soit moins exposé aux vomissements.

Couchée sur une table haute et solide, protégée contre le froid par des jambières d'ouate, une chemise chaude et propre, en flanelle si l'on peut, et le ventre couvert de compresses bouillies sauf dans le champ opératoire, la femme est prête pour l'opération.

B) Opération. — 1° *Incision de la paroi abdominale.* — Sur la ligne blanche, commençant au niveau ou au-dessus de l'ombilic, elle doit mesurer 16 centimètres et s'arrêter à deux bons travers de doigt du pubis. Au besoin, on l'agrandit en haut d'un coup de ciseaux, jamais en bas. Il faut veiller à la vessie, dont la vacuité, avons-nous dit, est indispensable.

Le péritoine ouvert, on applique sur lui, à droite et à gauche, trois pinces à forcipressure pour l'empêcher de se recroqueviller en dedans. Un sachet-éponge monté est placé dans le cul-de-sac péritonéal antérieur, un autre à l'angle supérieur de la plaie.

C'est l'assistant qui doit empêcher les liquides de s'écouler dans le ventre. Pour cela, il applique énergiquement la paroi abdominale contre l'utérus avec les mains appuyées à plat, à droite et à gauche. Pendant l'extraction du fœtus, il suivra exactement le retrait de l'utérus toujours tenu en contact avec les lèvres de la plaie abdominale.

2° *Incision de l'utérus.* — On choisit le milieu de la face antérieure. Il faut à tout prix éviter les hiles très vasculaires des côtés. L'opérateur fait une boutonnière de 2 à 3 centimètres en haut et achève l'incision avec l'index. Cette déchirure, contrairement à ce qu'on pourrait penser, est nette et régulière. Le segment inférieur ne doit pas être compris dans l'incision. Si l'on rencontre le placenta, il faut l'inciser hardiment, rapidement, sans effroi, malgré le déluge du sang, et extraire le fœtus par les pieds, puis le placenta et les membranes.

L'hémorrhagie, gros danger de l'opération césarienne, a deux sources : *a* la plaie utérine; *b* la surface d'insertion placentaire. Contre la première, il faut user de la constriction du pédicule utérin avec un tube de caoutchouc maintenu serré par une forte pince. Contre la seconde, qui a sa source dans l'inertie utérine, les injections d'eau à 48° sont très efficaces. Au besoin, au aurait recours encore au tube de caoutchouc. Il est des cas malheureux où l'opération de Porro s'impose. L'hémorrhagie étant incoercible, on ampute l'utérus.

3° *Suture de l'utérus.* — L'utérus est vidé; entraîné par l'œuf qu'on a extrait, il est hors du ventre. La cavité abdominale est fermée derrière lui par les lèvres de la plaie des parois ventrales que l'assistant maintient appliquées. L'utérus est entouré de com-

---

dit tant de choses que çà..... Un grand trou, quelques pelletées de terre, une croix de bois, et ç'a été fini..... Une heure après, les Prussiens arrivaient et nous nous battions à l'endroit même où on l'avait mis... Des coups de fusil, des coups de canon, voilà la musique et les discours qu'il a eus pour son enterrement.

— Oui, mais c'était un soldat, et l'enterrement était digne de lui.

Simplissime.

Potion contre la bronchite chronique. — E. Ferrand.

Gomme-ammoniaque.........	de 1 à 5 grammes.
Extrait de datura...........	0 gr. 20 centigr.
Infusion de douce-amère.....	100 grammes.
Sirop de capillaire...........	40 —

F. s. a. une potion, dont on fait prendre 4 à 5 cuillerées à soupe par jour, dans le cas de bronchite catarrhale chronique des emphysémateux. — Pour tisane, de la décoction d'aunée édulcorée avec du sirop de capillaire. Le soir, fumigation avec une infusion de bourgeons de sapin. — N. G.

presses aseptiques chaudes. On passe le doigt à travers le col pour constater sa perméabilité. La plaie est exsangue et prête pour la suture. Cette plaie est régulière. Ses bords ont pris une épaisseur considérable et uniforme si l'on a pris soin de ne pas inciser le segment inférieur. Ils représentent un cratère ouvert du côté de la paroi abdominale, par suite de la rétractilité plus grande du péritoine et des couches musculaires sous-péritonéales. Il faut suturer cette plaie. La laisser béante à l'exemple des anciens, ce serait s'exposer au passage des lochies dans le péritoine et à la septicémie.

La suture de Sänger donne les meilleurs résultats. Elle est profonde et superficielle, faite avec du fil de soie. Les sutures profondes seront aussi nombreuses que possible, distantes d'un centimètre ou envion. On se sert d'une aiguille de Reverdin, qui pénètre dans l'utérus par la face péritonéale à 1 centimètre des lèvres de la plaie, traverse obliquement les tissus, sort dans la cavité utérine en traversant la muqueuse et revient dans une direction symétrique par la lèvre utérine opposée. Les fils ne sont noués que quand tous ont été appliqués. On retire alors les éponges placées provisoirement dans l'utérus. Les nœuds sont serrés assez fortement, et, pendant qu'on les serre, l'aide enfonce avec une pince le péritoine dans la profondeur où il s'adosse.

Les sutures superficielles sont des sutures séro-séreuses destinées à consolider et à amener l'union du péritoine déjà disposé à se réunir par son aptitude spéciale et par l'adossement signalé plus haut. Ces sutures, faites au fil de soie fin, seront au nombre de deux ou même trois entre deux sutures profondes. Elles seront donc très nombreuses.

La plaie utérine est fermée. On abandonne l'organe saupoudré d'iodoforme sur la ligne de suture et on le réintègre dans le ventre. La suture de la paroi est faite comme après toute laparotomie.

Dystocie due à la présence d'un myome inséré sur la partie postérieure du segment inférieur de l'utérus. — Putréfaction du fœtus. — Présentation du siège. — Extraction à l'aide du basiotribe, par le docteur A. Ribemont-Dessaignes, agrégé à la Faculté et accoucheur de Beaujon (*Ann. de gyn.*, avril 1890). — Une femme, âgée de 36 ans, devint enceinte pour la première fois après douze ans de mariage. Sa grossesse, des plus heureuses, arriva à son terme, et le médecin, appelé, constata la procidence du cordon ombilical qui sortait par la vulve. Le col laissait à peine pénétrer deux doigts. Le surlendemain, nul changement local ne s'était encore produit, et on se décida à appeler le docteur Ribemont-Dessaignes, qui, se trouvant empêché, pria le docteur Varnier de le remplacer.

M. Varnier trouva les choses dans l'état suivant : femme à bout de forces; pouls un peu accéléré, mais bon; température oscillant aux environs de 39°. Ventre notablement plus volumineux qu'il ne l'est d'ordinaire au terme de la grossesse. La région hypogastrique fait une saillie considérable qui déborde la symphyse. Palper rendu très difficile par la tétanisation de l'utérus et l'hyperesthésie de la malade. M. Varnier fait cependant une constatation importante; au fond de l'utérus et à droite, on perçoit nettement deux tumeurs du volume d'une pomme d'api, rondes, dures, lisses, mobiles sous la paroi abdominale, faisant corps avec le tissu utérin, manifestement constituées par des fibromes sur lesquels la malade n'avait jamais attiré l'attention du médecin.

Les parties génitales externes sont un peu œdématiées; la muqueuse vaginale est érodée par un tamponnement fait la veille pour accélérer le travail; un liquide noirâtre, exhalant une odeur infecte, s'écoule du vagin. Après une toilette antiseptique au sublimé à 1 pour 2,000, la malade ayant été changée de lit et chloroformée, la chambre aérée et lavée, M. Varnier pratiqua le toucher. Le doigt fut immédiatement arrêté par une tumeur qui comblait l'excavation sacrée.

Cette tumeur était médiane, hémisphérique, à surface lisse, plutôt dure, non mobile; non seulement elle comblait l'excavation, mais elle rétrécisssit d'une façon qui fut bien appréciée dans la suite, l'aire du détroit supérieur. Ce fibrome était la cause principale de la dystocie.

Pour trouver le col, il fallut introduire toute la main dans le vagin et porter l'index et le médius très haut, en avant, dans l'étroit défilé qui séparait la tumeur de la sym-

physe pubienne. Le col était effacé; les bords de l'orifice œdématiés, épais, non dilatables. La dilatation était grande comme une pièce de 2 francs. A bout de doigt on sentait une région fœtale accessible sur une surface très limitée, et paraissant avoir les caractères du siège.

Que faire? Avant tout, tâcher de dilater cet orifice qui refusait de s'ouvrir spontanément, afin de pouvoir établir le diagnostic ferme de la présentation et juger du degré de perméabilité de la filière pelvi-génitale.

Pour obtenir la dilatation, M. Varnier plaça dans le segment inférieur, sans difficulté, le ballon de M. Champetier. Il était six heures du matin. Les contractions utérines commencèrent à se manifester régulièrement et avec une intensité telle que la malade suppliait M. Varnier d'enlever l'appareil. Il tint bon, et, à dix heures, le ballon qu'il avait partiellement dégonflé pour lui permettre de s'adapter au rétrécissement tombait dans le vagin, d'où il fut extrait.

La malade ayant été endormie de nouveau, M. Varnier put, par l'exploration manuelle, compléter le diagnostic : présentation du siège, mode des fesses en position gauche, variété transversale. Présentation très inclinée; le siège projeté par dessus la symphyse par la tumeur fibreuse à cheval sur le promontoire, n'engageait dans le sinus déjà signalé que sa hanche postérieure. L'anus et le coccyx étaient inaccessibles.

M. Varnier tenta d'abaisser un pied en portant les doigts jusqu'au pli du jarret, suivant le conseil donné par le docteur Pinard, mais il ne put atteindre le jarret. De champ, entre la symphyse et la tumeur, il ne pouvait faire passer ses quatre doigts étroitement collés l'un à l'autre. La main ne passait tout entière qu'en supination forcée, à plat devant la tumeur, et dans cette attitude elle ne pouvait avoir de prise sur la cuisse postérieure, dont elle n'abordait d'ailleurs que la racine.

Ne pouvant songer ni au crochet, ni au lacs, puisque le pli de l'aîne postérieure était seul accessible, et que les tractions sur lui, nécessairement antérieures, n'auraient d'autres effets que d'augmenter l'inclinaison vicieuse du siège et la projection antérieure, M. Varnier tenta de saisir le fœtus du ventre au dos entre les cuillers du basiotribe. Il se proposait de réduire par broiement le volume de la région fœtale, solidement saisie, et, en faisant la rotation, d'engager le diamètre bi-trochantérien dans le grand diamètre transversal de l'ouverture.

Le basiotribe, mis en place, lâcha prise aux premières tractions, et M. Varnier appela le docteur Ribemont-Dessaignes. En l'attendant, il s'occupa de remonter les forces de la malade et de la soumettre à une antisepsie aussi complète que possible dans des conditions aussi défectueuses.

Le docteur Ribemont, muni de ce qui était nécessaire pour une opération de Porro, ressource extrême, et désireux de l'éviter s'il y avait moyen, se décida à recourir à l'embryotomie, si laborieuse qu'elle pût être, et choisit pour la pratiquer le basiotribe, dont il n'utilisa pas le perforateur. Il n'avait guère l'espoir de terminer du premier coup, mais il pensait pouvoir engager et abaisser le siège, morceler le fœtus ou le laminer à l'aide de broiements sur les diverses parties du corps.

La main droite introduite tout entière dans le vagin, M. Ribemont fit pénétrer l'extrémité de ses doigts dans l'étroit espace laissé libre par la tumeur et les engagea assez profondément pour reconnaître la situation du sacrum, qui était à gauche et transversalement placé.

La première branche du basiotribe pénétra sans difficulté et l'opérateur s'efforça de porter la cuiller aussi en avant que possible. La deuxième branche, guidée par la main gauche fut mise en place après quelques tâtonnements.

L'instrument fut articulé, l'écrou serré à fond, et dérapa dès la première traction.

Le docteur Ribemont recommença en cherchant à placer les cuillers plus profondément en les ramenant toujours en avant de la région pubienne et réussit à articuler dans le vagin.

A l'écartement des branches, on voit que la prise est meilleure, et, en effet, des tractions énergiques, quoique sans violence, ne font pas glisser le basiotribe.

Le lit de la parturiente n'étant pas très élevé, et le docteur Ribemont, à genoux, ne

pouvant déployer une force suffisante, on transporte la malade sur une table élevée et solide.

Après quelques minutes de tractions soutenues, on constate, par le toucher, que le siège s'engage dans l'orifice utérin et que la tumeur tend à remonter au-dessus du détroit supérieur. L'opérateur reprend avec confiance ses tractions et bientôt un petit jet d'urine annonce que l'engagement s'accentue. Puis la vulve s'entr'ouvre et le siège est entraîné au dehors. La région abdominale, volumineuse, et la région thoracique sortent en décrivant un mouvement spiroïde. Le bras postérieur est abaissé par l'accoucheur, et la tête, qui inspirait de légitimes craintes au docteur Ribemont, se dégage presque spontanément à l'aide d'un doigt placé dans la bouche.

La cavité utérine est immédiatement lavée avec une injection au sublimé à 1 p. 2,000, et on constate que l'ascension du corps fibreux a été complète. Il est tout entier au-dessus du détroit supérieur.

Le basiotribe avait été appliqué d'avant en arrière sur le bassin du fœtus. En avant, la cuiller montait jusqu'à l'ombilic. L'instrument n'avait pas dérapé d'une ligne.

Le fœtus était volumineux et hydrocéphale, mais une partie du liquide avait disparu et la tête avait la consistance d'un ballon à moitié rempli.

Malgré une antisepsie de tous les instants, la malade, déjà profondément infectée, mourut le dix-septième jour.

J'ai reproduit avec détails cette intéressante observation, à cause de l'enseignement clinique qu'elle renferme :

1° Si le diagnostic avait été fait pendant la grossesse, ou au moins au début du travail, on aurait eu toutes chances de sauver la mère. L'application du ballon de M. Champetier aurait d'emblée et rapidement produit la dilatation et l'extraction avec le basiotribe eût été faite avant que la putréfaction eût mis la femme à l'abri de la septicémie.

2° Le basiotribe du professeur Tarnier est, sans contredit, la plus puissante pince d'extraction que les accoucheurs aient à leur disposition. De plus, malgré sa faible courbure pelvienne, il a saisi, grâce à une introduction très profonde, la région fœtale, au-dessus et même en avant de la symphyse pubienne.

3° L'ascension du corps fibreux, qui occupait et bouchait au début l'excavation dans laquelle il était en partie contenu, ascension qui s'est faite au fur et à mesure que la région fœtale s'engageait et qui a été observée dans un grand nombre de cas, prouve, comme l'a toujours enseigné le professeur Tarnier, que la présentation du siège est avantageuse lorsque le bassin est obstrué par un fibro-myome. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Revue internationale de bibliographie médicale, pharmaceutique et vétérinaire, dirigée par le docteur Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté française de médecine de Beyrouth. — Vol. I, n° 1, avril 1890. — Paris, librairie médicale, 23, rue Racine.

Pour montrer l'esprit de cette nouvelle *Revue*, que nous avons déjà signalée et dont la création mérite tous nos éloges, nous nous bornerons à transcrire quelques fragments de l'introduction placée par notre confrère, le docteur Jules Rouvier, en tête de son premier fascicule.

« ... Mon programme est très simple. Faire relever par des secrétaires infatigables, familiarisés avec les langues étrangères, dans la presse médicale de l'Univers entier, les articles et mémoires qui y sont insérés, les distribuer méthodiquement, en suivant toujours l'ordre alphabétique, le plus simple de tous, dans les divisions et subdivisions des sciences médicales, c'était permettre au savant et au professeur, comme au praticien le plus absorbé, de trouver en quelques minutes tous les travaux de date récente publiés sur une partie quelconque de la médecine. Inutile d'insister sur les avantages de la méthode que j'applique, le premier, en pareille matière.

« Mais, pour arriver à une organisation sinon irréprochable, au moins satisfaisante, que de fatigues! Aussi ai-je été heureux de recevoir les encouragements qui m'ont été prodigués à l'envi, de tous les points du monde civilisé, par les notoriétés scientifiques les plus en vue. Si j'ai persisté sans défaillance dans une entreprise qui a paru tant soit peu téméraire à quelques-uns, c'est à eux que je le dois...

« Les encouragements n'eussent point suffi à mettre mon projet à exécution. J'ai adressé un pressant appel aux éditeurs et aux feuilles périodiques de tous les pays ; car j'entends enregistrer avec la plus complète indépendance les travaux pouvant nous intéresser, sans jamais me laisser guider dans mes préférences par telle ou telle origine. Devant la science, les frontières qui séparent les Etats politiques cessent d'exister. C'est un devoir pour tous de profiter, les uns et les autres, des travaux publiés autour de nous pour le soulagement et la guérison de l'humanité tout entière.

« La plupart des journaux et revues, un très grand nombre d'éditeurs ont répondu à mon appel en annonçant en termes flatteurs la création de cette *Revue*, et en acceptant l'échange avec elle. Je les en remercie et leur demande de continuer à cette œuvre leur bienveillante sympathie.

« Quelques-uns, plus réservés, attendent ce premier numéro avant de faire connaître leur réponse. J'ose compter sur une impression favorable, quand ils constateront dans l'ensemble, malgré quelques imperfections inévitables, les excellents résultats produits par une première tentative. De nouveau, je les convie à unir leurs efforts aux miens. Tous, ainsi, nous concourrons, avec plus de chances de réussite, aux progrès de la science et de la civilisation; et par-là nous travaillerons plus efficacement au bonheur de nos semblables. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 1er mai 1890. — Présidence de MM. Polaillon et Porak.

Nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine. — M. Toledano lit un rapport au nom de la commission chargée d'étudier les différents projets de loi sur l'exercice de la médecine soumis actuellement à la Chambre des députés. Ce rapport vise particulièrement les articles relatifs à la suppression des officiers de santé, aux conditions d'étude, aux médecins étrangers, aux dentistes, aux sages-femmes, à l'inscription obligatoire des diplômes, à la prescription pour honoraires, à l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, à l'exercice illégal de la médecine et à la suspension ou incapacité de l'exercice de la médecine.

Il fait, pour ces différentes questions, la comparaison des dispositions des projets présentés à la Chambre des députés par MM. Chevandier et David et par le Comité consultatif d'hygiène.

La première partie de ce rapport visant la suppression des officiers de santé est mise en discussion.

M. Bilhaut, s'appuyant sur l'identité des cours suivis par les candidats à l'officiat et au doctorat, sur les études préliminaires exigées et sur les examens subis en fin d'étude, se déclare opposé à cette suppression.

M. Reynier appuie la façon de voir de M. Bilhaut et fait remarquer qu'il n'y a entre les deux grades de différence réelle que le baccalauréat, qui n'a aucune importance au point de vue de la pratique médicale. Il est d'avis que tous ceux qui ont le droit de soigner les malades doivent avoir le même titre, que c'est le point de départ qui doit surtout être modifié.

M. Jasiewicz croit qu'il serait utile de conserver les officiers de santé, mais en limitant leur droit d'exercice à des localités ayant moins de 4,000 habitants.

M. Tison fait remarquer que la loi militaire laissant libre environ un tiers des cons-

crits par suite de réforme ou dispenses, on ne peut priver ces jeunes gens de la possibilité de faire de la médecine, si leurs ressources ne leur permettent pas de viser au doctorat.

M. Delthil cite les exemples de Bretonneau et Velpeau qui ont été officiers de santé, et appuie sur ce que c'est moins l'incapacité intellectuelle que les difficultés pécuniaires qui empêchent les officiers de santé de se faire recevoir docteurs.

Néanmoins, la question de la suppression du titre d'officier de santé. mise aux voix, est adoptée.

Séance du 8 mai 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Étranglement de la verge par un anneau de fer. — M. Labarthe : Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans qui s'était introduit à la base de la verge un anneau de fer. La verge s'était énormément gonflée, la peau en était tendue, luisante, noirâtre, présentant plusieurs points sphacélés et laissant écouler un liquide sanguinolent. En déprimant fortement la peau, il fut possible de glisser entre la verge et l'anneau une sonde cannelée et sur cette sonde, comme guide et comme appui, on usa l'anneau à la lime, jusqu'à ce qu'à l'aide de pinces, on pût l'ouvrir. Cet anneau mesurait 0,068 millimètres de circonférence, 0,002 millimètres d'épaisseur et 0,013 de hauteur. Après l'ablation de l'anneau, le malade fut guéri en quatre à cinq jours.

M. Gilet de Grandmont cite un cas analogue qui se produisit dans le service de Chassaignac, alors qu'il était interne. C'était un avocat qui, étant au bain, introduisit sa verge dans le bec de canne du robinet. L'opération fut difficile et laborieuse, parce que le cuivre glissait sous les instruments; aussi le patient fut-il légèrement meurtri par l'opération, qui réussit complètement.

M. Delthil rapporte un fait qu'il a observé dans un pensionnat. Une petite fille s'amusait à faire glisser autour de son clitoris la boucle d'un nœud coulant fait avec du fil. Le fil vint à se rompre et le nœud s'était serré par suite du gonflement du clitoris. Une pression permit de faire éclater l'anse du nœud et la malade fut soulagée.

Le secrétaire, Ch. Lecerf.

FORMULAIRE

Traitement de la tuberculose miliaire. — Grancher et Hutinel.

Dans la tuberculose miliaire aiguë, à forme thoracique, on applique des ventouses sèches, parfois même des ventouses scarifiées si l'asphyxie est imminente, et des vésicatoires. Lorsque la dyspnée est intense et paroxystique, injections hypodermiques de morphine, inhalations d'éther ou d'iodure d'éthyle; ipéca ou kermès à petites doses, à l'intérieur. — Combattre la diarrhée si elle survient; lutter contre la fièvre au moyen du sulfate de quinine, de l'antipyrine, de l'acide salicylique; tonifier le malade à l'aide du quinquina, de l'alcool, du café, du thé; l'alimenter avec du lait et des potages. — Dans le cas d'épanchement abondant, on a recours à la thoracentèse. — N. G.

COURRIER

Ecole de médecine navale. — MM. Bérenger-Féraud, président du Conseil supérieur de santé de la marine; Guinand, sous-directeur, chargé du bureau des corps entretetenus, et Brassac, médecin en chef, sont envoyés, par le ministre de la marine, a Marseille, Toulouse, Montpellier et Bordeaux, pour examiner sur place les propositions faites par ces villes en vue de l'installation de l'École unique de médecine navale, et soumettre, à

leur retour, au ministre le choix définitif qu'ils auront fait. Cette délégation se rendra tout d'abord à Lyon, pour examiner le fonctionnement de l'École de santé militaire.

ETATS-UNIS. — *Collège des médecins de Philadelphie.* — Prix W.-J. Jenks. Le sujet mis au concours pour l'année 1892 a pour titre : « Symptomatologie et traitement des névropathies consécutives aux maladies infectieuses dans l'enfant et dans l'adolescence ».

Les mémoires écrits ou traduits en anglais doivent être adressés dans les formes académiques à M. L. Stars (Collège of Physicians of Philadelphia, Pensylvania, U. S. A.) avant le 1er janvier 1892. Ce prix est de 450 dollars.

ESPAGNE. — *Académie de médecine de Barcelone.* — Concours pour le prix Garwen en 1891. La question mise au concours est la suivante : « De la médication antipyrétique; des meilleurs moyens de combattre l'hyperpyrexie ». Les mémoires, écrits en espagnol, italien ou français, doivent être adressés au secrétaire de l'Académie (Banos Nuevos, n° 9, à Barcelone) avant le 30 juin 1891.

ECOLE DE MÉDECINE DU VAL-DE-GRACE. — Par décision ministérielle du 2 mai 1890, M. Robert, médecin principal de deuxième classe, a été nommé professeur d'anatomie chirurgicale, opération et appareils.

SERVICE MÉDICAL DES ÉPIDÉMIES. — M. le docteur Bard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lyon, est chargé des mêmes fonctions pour l'arrondissement de Villefranche. Il prendra le titre de *médecin des épidémies du département du Rhône* et centralisera le service à Lyon.

HOMICIDE PAR IMPRUDENCE. — Le tribunal correctionnel de Baume-les-Dames vient de rendre un jugement intéressant sur un cas d'homicide par imprudence. Un enfant fortement serré dans son maillot, qui lui tenait les bras, avait été confié pour un moment par sa mère, à une parente qui s'absenta elle-même, et couché dans un lit.

L'enfant, on ne sait comment, se retourna sur le ventre; sa bouche et son nez portant contre le matelas, la respiration devenait impossible, et l'enfant ne put reprendre une position meilleure.

Le tribunal a condamné les deux femmes à une amende, en considérant comme mprudence grave le fait d'emmailloter les enfants en leur emprisonnant les bras, et sans doute aussi celui de les abandonner sans surveillance.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE**. — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Du traitement des kystes hydatiques du foie. Méthode éclectique de Bouveret, par le docteur Louis MINJARD. Br. gr. in-8° de 75 pages. — Prix : 2 francs.

De l'adénie, sa nature infectieuse, par le docteur A. GUILLERMET. Br. gr. in-8° de 116 pages. — Prix : 2 francs.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le diagnostic moderne des maladies de l'estomac.

Après avoir étudié les principaux réactifs que l'on doit employer pour reconnaître les altérations chimiques du suc gastrique, nous devons maintenant passer en revue les états pathologiques dans lesquels on a recherché et constaté des troubles dans le chimisme stomacal.

I. — *Affections de l'estomac.*

A. HYPOCHLORHYDRIES. — Ce sont des états pathologiques de l'estomac dans lesquels l'augmentation de la quantité d'acide chlorhydrique sécrétée est considérable.

Ici même Longuet a décrit, d'après Rossbach, la *gastroxynsis* ou *gastroxie* (Lépine). C'est une affection qui se montre chez les individus astreints à des travaux intellectuels excessifs et qui est caractérisée par des maux de tête violents accompagnés de brûlure stomacale et de vomissements acides survenant par crises. Il y a en même temps de l'excitation cérébrale et de la soif. La maladie est, du reste, assez rare et disparaît quand celui qui en est atteint peut se reposer.

Les hyperchlorhydries chroniques sont bien plus fréquentes que les aiguës.

G. Sée, Durand-Fardel, Mathieu et Lyon ont contribué à faire bien connaître en France un état pathologique spécial dont le principal symptôme est l'hyperacidité et que nous allons décrire d'après le travail de Lyon.

La maladie se développe dans l'âge moyen de la vie et présente à peu près la même fréquence dans les deux sexes. Elle sévit de préférence chez les nerveux, les surmenés, qui ont une alimentation vicieuse. Très fréquemment on apprend par les commémoratifs que les malades ont eu une alimentation excitante et surtout ont abusé des alcools.

Le début est tantôt lent et progressif, les symptômes dyspeptiques augmentant de jour en jour, tantôt brusque et caractérisé par les phénomènes indiquant l'existence de l'ulcère rond, hématémèse et douleurs. Cet ulcère guérit; mais l'hyperchlorhydrie, après une diminution passagère, se reproduit rapidement.

Une fois arrivée à la période d'état, la maladie s'accompagne de troubles fonctionnels très nets. L'appétit est conservé, quelquefois augmenté et alors les malades ont une boulimie souvent nocturne. La soif est très marquée deux et trois heures après le repas. Immédiatement après ce dernier, le ventre se ballonne; puis, au bout de quelques heures, surviennent un sentiment de chaleur au creux épigastrique et de régurgitations acides. En même temps le malade est agité, anxieux, son pouls est accéléré et

les douleurs deviennent très vives. Tous ces phénomènes se produisent habituellement au milieu de la nuit et sont calmés par l'absorption d'une petite quantité d'aliments. Tantôt il y a des vomissements alimentaires, tantôt le malade ne rejette qu'un liquide verdâtre, acide.

La constipation est habituelle et on a observé des intermittences cardiaques et des troubles visuels passagers.

Les urines (A. Robin cité par Lyon) ont une réaction ordinairement alcaline et laissent facilement déposer des phosphates. Les chlorures diminuent, l'urée et l'acide urique augmentent.

Les malades ont le teint terreux, et, quand leurs souffrances ont duré quelque temps, maigrissent souvent d'une façon considérable.

Au creux de l'estomac, la pression est habituellement douloureuse, et à une période avancée la dilatation du ventricule est la règle.

Pour examiner le suc gastrique, il faut donner un repas d'épreuve mixte et recueillir le contenu de l'estomac au plus tôt deux heures après. La quantité du suc est augmentée, et, dans la grande majorité des cas, il n'y a pas de débris de viande. La réaction est très acide, les acides organiques n'existent pas ou sont seulement à l'état de traces. Pendant la vacuité de l'estomac, on peut obtenir un liquide absolument actif, quelquefois aussi acide que celui qui se forme pendant la digestion.

Il est très fréquent de rencontrer l'hyperacidité digestive, et cette forme guérit facilement; mais, dans un petit nombre de cas, il survient bientôt une hypersécrétion ininterrompue. A ce moment les matières amylacées cessent d'être digérées et la dilatation se produit, tandis que, d'autres fois, on observe le développement d'un ulcère rond de l'estomac ou du duodénum. Enfin, d'après Jawoski, l'hyperchlorhydrie ferait place, au bout d'un certain temps, à l'hypo ou à l'anachlorhydrie caractéristiques d'une gastrite atrophique terminale. Cette évolution n'a, du reste, rien de fatal (Lyon).

Dans l'*ulcère rond* de l'estomac, l'hyperchlorhydrie est la règle, bien qu'il soit certain maintenant que le fait n'est pas constant. Riegel a fait 272 examens sur 31 maladies; il a observé, en moyenne, une acidité de 3 à 4 pour 1,000 et a vu jusqu'à 5 et 6 pour 1,000. Si un certain nombre d'auteurs ont confirmé ces résultats, nous allons voir que d'autres sont arrivés à des constatations bien différentes. Lenhartz, qui ne fait le diagnostic d'ulcère rond que quand il y a eu une ou plusieurs gastrorrhagies, a examiné 13 cas, 8 hommes et 5 femmes. Il n'y avait pas d'acide chlorhydrique libre chez 2 hommes et 2 femmes. D'autre part, Ritter et Hirsch, sur 5 cas d'ulcère rond, ont trouvé 2 fois seulement une légère hyperacidité; Gerhardt, sur 24 cas, a trouvé 7 fois l'acide chlorhydrique absent; Rosenheim, sur 8 cas, a constaté que 2 fois l'acidité était exagérée, qu'elle était normale 2 fois et 4 fois sous-normale. Enfin, dans l'ulcère simple avec chlorose, Ritter et Hirsch, Lenhartz, ont noté qu'il n'y avait pas habituellement hyperchlorhydrie.

Malgré ces faits contradictoires que nous pourrions encore multiplier, il est certain que, dans la plupart des cas, l'ulcère rond s'accompagne d'hyperacidité. Comme cette dernière existe souvent sans ulcère et persiste souvent après la guérison de l'ulcération, il est certain qu'elle la précède. « Qu'à la suite d'une cause quelconque, par exemple, l'ingestion d'aliments susceptibles d'éroder la muqueuse, ou bien un léger traumatisme de la paroi gastrique, survienne une perte de substance de la muqueuse, celle-ci ne pourra se réparer, si minime qu'elle soit; elle subit, en effet, l'action

corrosive d'un suc hyperacide, et présente, à défaut d'un traitement approprié, une tendance à l'extension en profondeur (Lyon).» Il faut donc, lorsque l'on se trouve avoir à traiter un ulcère rond, penser d'abord à neutraliser l'acide en excès.

Cependant l'hyperacidité n'explique pas tous les cas d'ulcère. Letulle, Widal et bien d'autres, ont signalé sa production dans le cours des maladies infectieuses, et ont pu même la reproduire expérimentalement en injectant des cultures microbiennes dans le péritoine.

Il est probable que, dans ces cas, il y a dans les vaisseaux sanguins ou lymphatiques des sortes de thromboses microbiennes, et que le suc gastrique, agissant sur une portion de muqueuse ischémiée, l'attaque et l'ulcère. Dans ces cas, le suc normal suffit pour amener la perte de substance et alors la maladie guérit facilement sous l'influence du traitement habituel.

Comme il est aussi certain que la gastrite joue un rôle important, ainsi que l'avait admis Cruveilhier, on doit admettre que la pathogénie de l'ulcère rond est multiple.

B. ANACHLORHYDRIES. — Le type des anachlorhydries nous est fourni par le cancer. Cependant l'absence d'acide chlorhydrique ne s'observe pas dans tous les cas de cancer, et certaines conditions sont nécessaires pour qu'elle se produise. Comme, d'autre part, l'anachlorhydrie s'observe en dehors du cancer, on voit que la constatation de ce signe n'a rien de pathognomonique.

Ewald pratiqua 23 examens dans 5 cas de cancer et se servit, comme réactif, du violet de méthyle; l'acide chlorhydrique manquait 5 fois, 5 fois la réaction était douteuse, 13 fois elle était très nette. Pour Cahen et Mering, qui employaient un procédé d'analyse délicat, l'acide chlorhydrique est habituellement présent dans le cancer du pylore, et il existe dans des proportions qui se rapprochent de la normale. Le cancer succède assez souvent à l'ulcère, et comme, dans ce cas, la muqueuse est peu altérée en dehors de la partie occupée par le néoplasme, l'hyperacidité est habituelle (Rosenheim). C'est qu'en effet l'absence de l'acide tient aux altérations qui se produisent du côté de la muqueuse. « La disparition de l'acide chlorhydrique ne dépend pas seulement, dit Ewald, d'une influence mystique du carcinome sur la production de l'acide, mais d'une gastrite concomitante, catarrhe ou atrophique; si cette gastrite manque, l'acide chlorhydrique peut être sécrété en quantité normale. » Mathieu et Stiénon l'ont prouvé, la gastrite atrophique est la plus fréquente, et, lorsqu'elle manque, l'acide existe en quantité normale.

La pepsine disparaît dans l'atrophie généralisée de la muqueuse; elle existe toujours en quantité suffisante dans les autres cas.

Dans les *dilatations de l'estomac,* le chimisme stomacal est très variable; tantôt il est normal, tantôt il y a ou il y a eu hyperchlorhydrie, tantôt, enfin, on constate l'existence de la dyspepsie par production d'acides organiques ou *dyspepsie par fermentation.* Cette dernière est la règle dans les anciennes dilatations et s'accompagne habituellement d'une diminution d'acide chlorhydrique. Après le repas, le ventre se ballonne, il y a de la somnolence, des pandiculations, des bâillements; puis, un peu plus tard, apparaît un sentiment de brûlure au creux épigastrique; cette brûlure (pyrosis) remonte le long de l'œsophage et s'accompagne ou non du rejet de gorgées alimentaires acides et mal digérées. Les vomissements sont assez fréquents,

abondants et de mauvaise odeur, la langue est chargée et l'haleine fétide, la diarrhée alterne avec la constipation et il y a une quantité considérable de gaz intestinaux. Le liquide retiré de l'estomac, après le repas d'épreuve, renferme des fragments de viande non digérée et son acidité est due presque entièrement aux acides organiques, surtout à l'acide lactique.

Chez les enfants à la mamelle, l'hyperchlorhydrie est rare et l'on observe habituellement la dyspepsie par fermentation avec dilatation de l'estomac, (Comby, Leo.)

Georges a fait six analyses du contenu stomacal chez sept malades atteints d'*embarras gastrique* aigu. Il a trouvé que la bouillie stomacale avait une odeur aigre, rappelant le lait tourné ou le fromage. Le liquide filtré offrait la même odeur que la bouillie, une couleur jaune d'or plus ou moins foncée, une acidité très légère. L'acide chlorhydrique manquait et les acides organiques étaient en assez forte proportion ; la transformation des matières albuminoïdes était très peu intense.

Dans la *gastrite catarrhale muqueuse* (gastrite alcoolique), l'estomac, à jeun, contient beaucoup de mucus; après le repas d'épreuve, ce mucus est aussi très abondant et la réaction quelquefois neutre, habituellement un peu acide. L'acide chlorhydrique manque dans beaucoup de cas; les acides organiques, les peptones, sont à l'état de traces, les matières amylacées sont bien digérées.

La *gastrite atrophique* se voit dans le cancer, la gastrite toxique, les affections rénales, le diabète, à la période avancée de certaines hyperchlorhydries. Les signes locaux de la maladie sont peu caractéristiques : pesanteur et vives douleurs après les repas, vomissements fréquents de matières non digérées. L'état général, quand l'atrophie est très étendue, rappelle celui de l'anémie pernicieuse progressive. A jeun, l'estomac ne renferme rien ou seulement un peu de mucus. Après le repas d'épreuve, on constate que l'acide chlorhydrique manque constamment et que le pouvoir peptique a disparu; la digestion des matières amylacées s'effectue bien, mais le lait ne se coagule pas. La thérapeutique est complètement inefficace.

Ainsi que le fait remarquer Lyon, cette description ne s'applique qu'aux cas où l'atrophie est généralisée, et, dans beaucoup de faits où il y a des lésions limitées combinées avec celles de la gastrite muqueuse, on ne peut porter que le diagnostic de gastrite chronique.

II. — *Maladies diverses.*

Dans les *états fébriles*, l'acide chlorhydrique manque habituellement ou est très diminué. Wolfram a rapporté deux cas curieux : avant l'affection fébrile, il y avait dans l'un un ulcère, dans l'autre une hyperacidité avec hypersécrétion; malgré cela, l'acide chlorhydrique disparut tant que la température resta élevée.

Les états fébriles chroniques auraient peu d'influence.

D'autre part, dans les fièvres, la pepsine semble sécrétée en quantité normale et l'absorption est retardée.

La *tuberculose* s'accompagne extrêmement fréquemment, comme on le sait, de troubles gastriques. Au début de la maladie, ces troubles se voient très rarement, ainsi que l'a établi M. Marfan. Dans la période terminale, la dilatation est la règle, l'anorexie absolue; des vomissements abondants surviennent tous les deux ou trois jours.

Rosenthal a trouvé que, soit dans les stades précoces, soit dans les stades avancés, le suc gastrique des phthisiques ne contient pas d'acide chlorhydrique libre, bien que l'appétit et les digestions aient paru normaux chez les malades examinés.

A la clinique de Manassein, sur 64 expériences faites chez 10 phthisiques, on constata 36 fois l'absence de l'acide chlorhydrique. Chez tous les malades, l'acidité était diminuée, et cela d'autant plus que leur état était plus grave. La fièvre aurait peu d'importance, car les antifébriles n'améliorent pas l'état de l'estomac.

Dans la dyspepsie prétuberculeuse, Klemperer a trouvé une bonne activité sécrétoire, mais une légère faiblesse motrice; l'hyperacidité chlorhydrique était fréquente. Dans les cas terminaux, la sécrétion était diminuée ou même tarie, la faiblesse motrice très marquée et les processus de fermentation très développés.

Nous pourrions encore citer sur ce sujet les travaux de Brieger, Immermann, Hildebrand, etc. Ils sont un peu variables, puisque Immermann, par exemple, a trouvé le chimisme normal chez la plupart des malades qu'il a examinés. En réalité, l'état des fonctions stomacales est variable chez les phthisiques, mais il est utile d'examiner l'état de leur suc gastrique, car les résultats de cet examen fournissent d'utiles indications thérapeutiques.

Riegel, Ritter, Hirsch et Hayem ont étudié la dyspepsie des *chlorotiques et des anémiques* au point de vue chimique. D'après Hayem, tantôt la digestion se fait à peu près normalement, tantôt, au contraire, il y a des troubles notables, surtout de l'hyperchlorhydrie coïncidant avec de la dilatation de l'estomac. Il n'a jamais rencontré l'hyperchlorhydrie, et, pour lui, « la dyspepsie des chlorotiques paraît donc être essentiellement caractérisée par les qualités négatives du suc gastrique ». Chez une malade hyperchlorhydrique devenue anémique à la suite de métrorrhagies abondantes, Lyon a constaté l'absence d'acide chlorhydrique. L'hyperchlorhydrie serait habituelle dans les états anémiques. Lenhartz a examiné 46 anémiques et chlorotiques; l'acide chlorhydrique manquait dans 7 cas de dyspepsie aiguë et 14 cas de dyspepsie chronique.

La *dyspepsie des cardiaques* a fait l'objet des recherches de Hufler, Sandberg, G. Sée, Einhorn, Adler et Stern. Dans la plupart des cas, on a constaté l'anachlorhydrie. Cependant, d'après Einhorn et Ewald, l'acide ne disparaîtrait que quand il y a gastrite catarrhale. Pour Hufler, dans tous les troubles du cœur, que ce soit l'appareil valvulaire ou le muscle lui-même qui soient lésés, la tare qui en résulte suffit pour affaiblir ou même détruire la puissance qu'a l'estomac de fabriquer des acides. Les résultats d'Adler et Stern sont contradictoires; sur 20 cardiaques qu'ils ont examinés, 16 eurent toujours de l'acide chlorhydrique libre, 2 pas toujours et 2 jamais; 7 de ces malades souffrirent de l'estomac. Dans un cas sans acide chlorhydrique, l'appétit était très bon.

Il est très intéressant de savoir que, chez les *ataxiques*, les crises gastriques coïncident avec de l'hyperchlorhydrie. Telle est, du moins, la conclusion à laquelle est arrivé Lyon, qui a pu faire disparaître les crises chez un malade à l'aide du bicarbonate de soude à hautes doses. Dans les *dyspepsies nerveuses*, Georges a noté une diminution dans l'acidité totale du liquide gastrique, l'absence fréquente de l'acide chlorhydrique ou sa présence en faible quantité. Lenhartz, chez des neurasthéniques qui souffraient tous de l'estomac, a trouvé la réaction de l'acide chlorhydrique

normale dans 10 cas, très faible dans 5 cas, nulle dans 1, trop forte dans 5.

Rosenthal, dans les *affections utérines*, a noté tantôt l'hyper, tantôt l'hypochlorhydrie. Lenhartz se demande comment on peut expliquer l'absence de l'acide chez trois femmes grosses, dont une, enceinte de quatre mois, avait depuis huit semaines des vomissements incoercibles.

D'après Rosenstein, l'acide chlorhydrique manque dans certains cas de *diabète*, tantôt cette absence n'est que transitoire et dépend d'une névrose de l'estomac, tantôt elle devient permanente et relève alors d'une atrophie étendue de la muqueuse gastrique par suite de gastrite interstitielle.

De tout ce que nous venons d'exposer, on peut conclure que la recherche de l'acidité du suc gastrique, que l'on peut faire cliniquement, est très utile dans beaucoup de cas pour poser un diagnostic exact ou complet. Mais les résultats obtenus ont encore une très grande importance pour la thérapeutique à employer, et c'est ce dernier point que nous développerons dans un prochain article. Paul Chéron.

REVUE TRIMESTRIELLE

D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (1).

De l'opération césarienne, par le docteur E. Blanc, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon. (*Archives de tocologie*, 1889-1890.) — Ayant déjà longuement parlé du travail analogue du docteur Potocki, nous ne pouvons, sans nous exposer à des redites, analyser celui du docteur E. Blanc. Le mémoire de notre distingué confrère est une étude approfondie et complète des progrès que l'opération césarienne a faits depuis son origine jusqu'à nos jours.

Nouveau système de couveuse pour les nouveau-nés, par le docteur Diffre, chef de clinique à la Faculté de Montpellier. — Frappé des inconvénients qu'ont certaines couveuses, M. Diffre en a construit une circulaire dont la désinfection peut être complète, l'instrument étant démontable dans toutes ses parties, sans angles intérieurs. Les variations de température sont diminuées, la chaleur mieux utilisée, également répartie et l'air tamisé.

L'enseignement de l'obstétrique autrefois et aujourd'hui, par le professeur A. Pinard. (Paris, Quantin.) — Le professeur Pinard a profité de l'inauguration de son cours, évènement dont nous avons parlé, pour faire l'histoire abrégée, mais très complète, de l'enseignement obstétrical dans notre pays. En lisant cet opuscule, on est stupéfait une fois de plus (car combien de fois a-t-on été et sera-t-on stupéfait de pareilles choses!) de voir combien il faut, en France, d'années — non, de siècles — pour que les progrès les plus simples, les plus conformes aux intérêts humanitaires s'accomplissent. L'obstacle vient d'ordinaire de plusieurs individus, ou d'un seul ayant autorité, qui, par intérêt personnel, le plus souvent, ou par des considérations étrangères à la science, ou encore par des sophismes scientifiques, font tous leurs efforts pour mettre la lumière sous le boisseau.

Combien y avait-il, il y a dix ans, d'élèves nommés docteurs par la Faculté qui eussent examiné une *femme enceinte et assisté à un accouchement?*

Et depuis combien de temps ceux qui voient de près les malheurs causés par l'ignorance des sages-femmes ou des médecins élèvent-ils la voix contre cette monstruosité?

Depuis plus d'un siècle.

En 1835, Velpeau écrivait : « La tocologie est enseignée, à Paris, au XIXe siècle, comme

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

elle l'était au XVIIe et au XVIIIe siècle, après Baudelocque, comme au temps de Mauriceau, de Levret ou de A. Petit. Toutes les avenues de la pratique d'une science si essentielle pourraient-elles être encore longtemps fermées aux élèves, en France, quand elles leur sont si libéralement ouvertes partout ailleurs? Non; il n'est pas possible qu'un fait qui contraste d'une manière si tranchée avec l'enseignement des autres branches de la médecine se maintienne davantage parmi nous. Quelque chose de mieux que ce qui existe se prépare déjà.

« Une clinique active, confiée à un nom illustre, à un maître capable, va enfin être établie près de la Faculté de médecine par les soins de son habile doyen; mais ce n'est pas encore assez. Il faut que les portes de la Maternité s'ouvrent aux étudiants en médecine et que plusieurs professeurs fassent des cours libres dans cette maison. Qu'un accoucheur ait, en outre, un enseignement public à l'hôpital Saint-Louis. Qu'on en place un encore et surtout à l'Hôtel-Dieu; qu'il y ait dans la capitale de quatre à six cliniques tocologiques, comme il y en a de douze à quinze pour la médecine, et bientôt, j'en ai la conviction, l'art des accouchements reprendra chez nous la prééminence qu'on ne lui contestait pas il y a vingt-cinq ans et que la France ne doit pas perdre. »

Velpeau ne faisait que répéter ce que bien d'autres avaient dit avant lui. Les professeurs libres ont fait en grande partie la gloire de l'obstétrique française. Que n'auraient-ils pas fait s'ils avaient eu des cliniques, s'ils avaient pu joindre la pratique à la théorie? Velpeau disait, en 1835, à la Faculté qui mettait pour la première fois l'obstétrique au rang des enseignements universitaires : Une clinique ne suffit pas, il en faut d'autres; et, en 1880, c'est-à-dire quarante-cinq ans plus tard, M. Depaul faisait repousser par la Faculté la proposition de M. Vulpian, de créer une nouvelle chaire de clinique obstétricale.

De nos jours, comme le dit le docteur Pinard, la réalité a dépassé les vœux et les espérances de Velpeau, et si, dans le siècle prochain, on dépouille les archives de l'Ecole, on y trouvera la preuve de l'esprit de réformes qui anime la France. Elle est parvenue, après de longs efforts, à mettre entre les mains des étudiants ce qui leur est nécessaire pour apprendre les accouchements.

Après avoir expliqué ce que les élèves peuvent et doivent faire avec de pareils éléments pour l'étude des accouchements, M. Pinard termine en disant :

Deux cliniques sont à votre dispostion : l'une est dirigée par M. Tarnier; l'autre m'est confiée. Ayant un pareil modèle à suivre, j'espère ne pas faillir à ma tâche et me montrer digne de mes maîtres.

Nous sommes convaincus que ces paroles ne sont pas pure rhétorique et que nul n'est plus capable que lui de dévouement aux élèves et aux femmes qui se confieront à ses soins.

H. STAPFER.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Neuvième congrès allemand de médecine interne.

SOMMAIRE : Antisepsie intestinale. — Traitement de la néphrite chronique. — Influence des alcalins sur la nutrition. — Surmenage du cœur.

M. LEUBUSCHER, en étudiant l'*action de certains médicaments sur l'absorption intestinale*, a reconnu que la quinine, la morphine restreignaient l'absorption; que l'alcool l'accroissait à faible dose pour la diminuer à doses fortes; que le chlorure de sodium la favorisait. Expérimentalement une cautérisation légère des épithéliums ralentit l'absorption. Ces expériences sont utiles à connaître et expliquent certains effets secondaires des médicaments.

M. CANTANI s'est occupé de l'*antisepsie intestinale* et a étudié d'abord le mode d'administration de l'antiseptique. Pour lui, la voie buccale est loin d'être toujours favorable. En effet, on est souvent forcé de n'administrer que des doses faibles; l'estomac modifie le médicament et ses fonctions sont souvent troublées par lui. Cantani préfère la voie

rectale, car, d'après lui, les lavements un peu abondants ne s'arrêtent pas à la valvule de Bauhin. Il est grand partisan, comme antiseptique, du tannin, qu'il a déjà préconisé contre le choléra, car il agit à la fois sur les microbes et sur les ptomaïnes septiques qu'il rend presque toujours inoffensives. Le tannin en lavement, donné assez tôt, pourrait même faire avorter la fièvre typhoïde. En tout cas, dans cette maladie, dans la dysentérie, il agit très rapidement sur la diarrhée.

Une des questions les plus importantes discutées au Congrès, le *traitement de la néphrite chronique*, avait SENATOR comme rapporteur. D'après lui le traitement agit peu sur les causes de la maladie, qui, du reste, sont très souvent mal déterminées. On devra s'efforcer, par les mesures hygiéniques, d'empêcher la transformation de la néphrite aiguë en néphrite chronique, surveiller la grossesse et songer à l'hérédité qui indique souvent le changement de climat et le séjour dans le Midi.

Dans la néphrite parenchymateuse, on a abandonné le traitement anti-phlogistique et reconnu que, jusqu'à présent, les traitements médicamenteux étaient inutiles.

L'indication capitale est d'épargner les parties du rein qui sont encore capables de fonctionner; il faut donc favoriser l'élimination de l'eau à travers la peau, le poumon et l'intestin et régler l'alimentation de manière à réduire l'albuminurie au minimum. Les détails d'alimentation varient avec chaque malade, car il y a de très grandes différences individuelles.

Senator recommande l'emploi de l'huile de foie de morue, des graisses assimilables (Lipanine), du fer dans certains cas. Le lait est très utile, mais il faut souvent lui adjoindre d'autres aliments. On peut du reste modifier son goût de manières diverses, lui joindre des amylacés. Le lait d'amandes est agréable et riche en albumine. Le viandes blanches sont seules permises. Il est absolument indispensable de prolonger le traitement fort longtemps.

Le lavage des organes constitue la seconde indication. L'alcool doit être à peu près défendu complètement, ainsi que la bière.

Le malade doit faire un exercice modéré et rester au lit dans les cas graves.

Les bains tièdes favorisent la perspiration cutanée. La diurèse sera provoquée par les hydrocarbures, les onctions à la lanoline, les eaux minérales. Les diurétiques cardiaques ne sont indiqués qu'en cas de nécessité absolue.

Dans le rein granuleux on surveillera surtout l'hygiène et le tabac devra être défendus L'iodure de potassium est souvent utile.

De la discussion qui a suivi, il est résulté que la plupart des membres du Congrès regardaient les médicaments comme le plus souvent inutiles. Cependant Winternitz, Van Ziemssen se sont bien trouvés du jaborandi dans certains cas d'anasarque torpide ou quand les moyens habituels employés pour provoquer la sudation échouaient. Ce dernier recommande l'emploi de la théobromine à petites doses, qui peuvent être longtemps continuées. Les bains d'air chaud suivis d'enveloppement, le lit de sudation sont souvent très utiles. Ewald donne l'iodure de potassium à la dose de 10 grammes par vingt-quatre heures dans la néphrite chronique. Il s'est servi avec succès du calomel associé à la digitale, tandis que Van Ziemssen a trouvé le premier impuissant contre l'œdème. Les malades doivent faire peu d'exercice actif, et le repos au lit est fréquemment indiqué. Doit-on faire des scarifications dans les cas d'anasarque considérable? Oui, d'après Van Ziemssen, qui conseille de faire des ponctions avec des canules capillaires qu'il ne faut pas laisser plus de douze heures en place; on doit employer un pansement antiseptique. Le lait doit toujours constituer la base du régime alimentaire.

M. KLEMPERER s'est occupé de l'*alcalinisation du sang dans le traitement de la fièvre*. L'antipyrine n'élève pas la teneur du sang en acide carbonique, bien qu'elle abaisse la température; elle ne combat donc nullement l'intoxication de l'économie. Du reste, pour Krauss, il faut prescrire des doses énormes d'alcalins pour augmenter la quantité d'acide carbonique du sang.

Quelle est l'*influence des alcalins sur les échanges nutritifs*? STADELMANN a fait de nombreuses recherches sur ce point. Dans l'urine, l'azote diminue proportionnellement aux doses employées, tandis que la quantité d'azote des fèces augmente. Il y a augmentation

de l'oxydation des graisses, meilleure utilisation de ces corps. L'excrétion des acides n'est pas augmentée. L'ingestion pendant la durée d'une expérience de 600 grammes de citrate de soude n'a pas causé de dyspepsie ni troublé l'état général. Stadelmann conseille plutôt les citrates que les carbonates pour l'alcalinisation de l'organisme.

M. STERNBERG a constaté que les *réflexes tendineux* se composent d'un réflexe osseux et d'un phénomène musculaire probablement aussi d'ordre réflexe. Le tendon n'aurait qu'un rôle mécanique et aucun réflexe n'émane de lui.

Dans les tumeurs cérébrales, les réflexes tendineux sont tantôt exagérés, tantôt abolis, ce qui prouve qu'il y a des centres inhibitoires pour les réflexes. Lorsque les contractions sont sous la dépendance de lésions cérébrales, ou parfois d'affections de la moelle ou des articulations, les réflexes sont exagérés. Ils sont très fréquemment diminués lorsque les contractions relèvent de tumeurs de l'encéphale, de grandes hémorrhagies, de méningite, d'urémie. L'absence complète des réflexes est très rare. Dans le marasme sénile, Sternberg n'a constaté cette absence qu'avant l'agonie.

SCHOTT est arrivé expérimentalement à produire le *surmenage aigu du cœur* en faisant faire de grands efforts musculaires et, dans certains cas, en gênant le fonctionnement de l'organe par l'application d'une ceinture au-dessous des côtes. Chez l'homme sain, le surmenage disparaît rapidement ; il succède à l'ascension des montagnes, à des courses en vélocipèdes, à l'emploi de corsets trop serrés, etc. Quand le cœur est le siège d'une lésion antérieure, le surmenage devient très dangereux, disparaît lentement et peut entraîner la mort. On combattra les accidents : dyspnée, tachycardie, arythmie, dilatation cardiaque, par le repos complet et une alimentation tonique. La région précordiale est parfois le siège de douleurs contre lesquelles on emploiera la morphine et les révulsifs.

Mentionnons encore, relativement à la pathologie cardiaque, le travail de LENHARTZ, d'après lequel, dans le rétrécissement mitral, l'atrophie concentrique, que l'on regarde comme la règle, n'existait que lorsque les phénomènes de compensation ne suffisent pas à assurer la réplétion du ventricule.

Terminons en citant des recherches expérimentales de PEIPER sur les *effets de l'extirpation du plexus cœliaque*. Cette opération a été faite par divers physiologistes qui ont constaté des phénomènes secondaires variables. De ces expériences, Peiper conclut que le diabète insipide ne dépend pas uniquement de troubles fonctionnels du plexus cœliaque ; l'extirpation du plexus n'entraîne pas forcément l'atrophie du pancréas et le diabète sucré. La glycosurie s'observe assez fréquemment dans les premiers jours qui suivent l'opération ; l'acétonurie et l'albuminurie n'ont rien de constant. Le marasme est très fréquent, mais les animaux peuvent survivre longtemps.

CORRESPONDANCE

Vichy, 14 mai 1890.

Monsieur le rédacteur en chef et honoré confrère,

Le docteur V. Aud'houi, médecin de l'hôpital de la Pitié, vient de publier un *Nouveau Guide-Annuaire*, où, sous le titre : *La saison médicinale à Vichy*, se lit le passage suivant :

« La saison thermale militaire dure cinq mois, du 1er mai au 1er octobre. La saison « civile, plus courte, s'étend du 15 mai au 15 septembre, mais, en réalité, il n'y a que « *trois mois de saison propice*, juin, juillet et août. »

Il est difficile de comprendre comment un médecin qui pratique à Vichy, depuis plusieurs années, a pu formuler une semblable indication de ce qu'il appelle la *saison propice*.

Les grandes chaleurs qui règnent communément à Vichy, comme partout ailleurs en Europe, pendant les mois de juillet et août, sont une condition des moins favorables au

traitement thermal, alors surtout qu'il s'agit en grande majorité d'affections abdominales.

Déjà, en 1778, le docteur Desbrest écrivait : « C'est pendant les mois d'avril, mai et « juin, septembre et octobre qu'on doit faire usage intérieurement des eaux de Vichy. « Cependant, par un abus aussi dangereux qu'inconcevable, les malades ne se rendent « à ces eaux que vers la fin du mois de juin, et ils les commencent précisément dans « le temps qu'ils devraient en discontinuer l'usage. » (*Traité des eaux minérales de Chateldon et de celles de Vichy et d'Hauterive.*)

Les raisons qui, malgré les avis si souvent répétés de tous ceux qui ont écrit sur le traitement thermal de Vichy, font affluer le public dans cette station en plein été sont d'un ordre extra-médical.

On ne pouvait laisser passer sans rectification un renseignement propre à induire en erreur ceux de nos confrères qui ont à adresser des malades à Vichy. Pour n'être pas les plus mondaines, les époques qui touchent au commencement ou à la fin de la saison assignée à l'hôpital thermal militaire sont en réalité les plus favorables au traitement par les eaux de Vichy.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef et honoré confrère, l'expression de mes sentiments d'estime et de confraternité.

Dr Max. DURAND-FARDEL,
Membre de l'Académie de médecine.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai. — Présidence de M. NICAISE.

SOMMAIRE : Laparotomie dans les étranglements et les péritonites. — Tumeur de l'abdomen. Traitement des affections de la mamelle par les pulvérisations.

M. POLAILLON dépose sur le bureau une note de M. CHAPUT relative au *traitement de l'anus contre nature.*

— M. MONOD rapporte une observation de laparotomie pour *étranglement interne aigu* qu'il rapproche de celles qu'a communiquées M. Routier dans la dernière séance. Le malade était âgé de 18 ans, et présentait les symptômes habituels. Le lavement électrique ayant échoué, on se décida à ouvrir le ventre. Les anses intestinales étaient distendues, violacées par place. Dans la fosse iliaque droite, on trouva une anse affaissée indiquant le point où siégeait l'étranglement; c'était un étranglement en anneau sans orifice pour recevoir l'intestin. La levée de l'obstacle fut facile et les suites de l'opération furent très simples, bien que, malgré les plus grandes précautions antiseptiques, la plaie abdominale se soit désunie superficiellement. Les accidents de ce genre n'ont pas de gravité et n'empêchent pas de réussir.

M. Monod recommande de ne jamais se servir de purgatifs dans les obstructions aiguës. Avant la laparotomie, il ne faut essayer que le lavement électrique. Il y a des cas, du reste, où la laparotomie ne réussit pas à sauver le malade que l'on croit atteint d'étranglement. Dans trois cas, M. Monod a échoué. Dans le premier, il s'agissait d'un grand épanchement de sang dans le péritoine, à la suite d'un traumatisme; le second malade s'était tiré un coup de pistolet dans l'abdomen et, après l'ouverture du ventre, on trouva le foie perforé; enfin, chez le troisième malade, qui présentait des symptômes rappelant ceux de l'obstruction, il y avait un cancer avec rupture de l'intestin.

Il est très difficile de comparer ces différents faits, qui diffèrent trop les uns des autres.

M. MARCHAND reconnaît les grandes difficultés que présente parfois le diagnostic dans la chirurgie abdominale. Dernièrement, il a opéré un malade qui présentait des phénomènes d'obstruction et un empâtement dans la fosse iliaque droite. Il s'agissait d'une

péritonite purulente. On enleva le pus et on nettoya soigneusement la cavité du péritoine, et le malade guérit.

M. Monod rappelle que MM. Routier et Terrillon ont opéré des malades dans ces conditions.

M. Terrillon a fait cinq fois la laparotomie pour des péritonites purulentes. Il a d'abord fait des erreurs de diagnostic, mais il put reconnaître ensuite la maladie, ayant appris, dans un travail de M. Duplay, que la matité à la partie supérieure de l'abdomen était un bon signe de péritonite. La douleur dans la même région est aussi très utile pour le diagnostic. Cependant, la matité inférieure peut manquer dans le cas de péritonite.

Pour M. Terrier, c'est plutôt de la submatité que de la matité que l'on trouve dans les péritonites purulentes. Du reste, en cas de doute, il faut toujours intervenir.

M. Quénu insiste sur ce point que, malgré la matité qu'ont indiquée MM. Duplay et Terrillon, le diagnostic de la péritonite tuberculeuse est souvent impossible.

Il a eu à soigner un malade qui, à la suite d'une chute, avait été pris d'accidents rappelant ceux de l'obstruction. Après ouverture du ventre, il trouva les anses intestinales recouvertes d'un exsudat fibrineux et un épanchement purulent peu abondant qui n'avait donné lieu à aucune matité. Après avoir fait la toilette de l'intestin, M. Quénu plaça un drain dans le cul-de-sac postérieur et ferma l'abdomen. Il se forma une fistule stercorale qui guérit spontanément.

M. Jalaguier est aussi d'avis que la matité manque souvent dans les péritonites. Il cite, à ce propos, deux observations prises chez des enfants. Le premier des petits malades avait une tumeur dans la région inguinale droite et des symptômes d'étranglement. M. Jalaguier pensa à une hernie étranglée, et une incision faite dans le sac lui montra un peloton d'épiploon et du liquide purulent. Il sutura cette incision, fit la laparotomie et trouva une collection purulente dans le petit bassin. La mort fut rapide, et l'autopsie prouva qu'il s'agissait d'une perforation de l'appendice.

Chez le deuxième malade, où l'on pensa à une invagination, il y avait simplement un peu d'œdème de la partie inférieure du ventre. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une péritonite purulente causée, comme le prouva encore l'autopsie, par une perforation de l'appendice.

— M. Quénu montre des instruments qu'il a essayé de stériliser avec l'étuve à chaleur humide dont il a parlé dans la dernière séance. Les lames se détériorent. Il convient donc de se servir de l'étuve à air sec pour les instruments.

— M. Terrier a fait examiner la *tumeur du mésentère* qu'il a présentée. C'était un sarcome atteint de dégénérescence graisseuse. Il montre ensuite une autre *tumeur de l'abdomen*. La malade se plaignait de douleurs dans la partie inférieure du ventre et d'alternatives de diarrhée et de constipation. Bientôt une tumeur apparut dans la région hypogastrique et donna du sang à une ponction exploratrice. Le doigt pouvait être passé entre la tumeur augmentée de volume et le pubis.

M. Terrier pratiqua la laparotomie, bien qu'il n'eût pas de diagnostic certain. Le ventre une fois ouvert, il trouva une tumeur dont l'aspect rappelait celui des kystes de l'ovaire; cependant la surface était congestionnée et saignait un peu. Une ponction permit de retirer un peu de sang, et, après destruction des adhérences qui unissent la tumeur aux anses intestinales et surtout au mésentère, qu'il fallut sectionner et lier, M. Terrier chercha à l'énucléer. Il trouva alors un pédicule très vasculaire qui réunissait la production morbide au bord convexe de l'intestin. Le pédicule fut lié par une ligature en chaîne et fixé à la plaie abdominale. Actuellement le malade est en bonne voie de guérison.

M. Terrier ne connaît qu'un fait de ce genre et la pathogénie de la tumeur lui semble inexplicable. Peut-être s'agit-il d'un épanchement de sang dans le diverticule de Meckel, ainsi que l'a fait remarquer M. Baudoin.

M. Verneuil fait une communication sur le *traitement de certaines affections de la ma-*

melle par les pulvérisations d'acide phénique. Il faut employer des pulvérisateurs à vapeur dans lesquels la chaleur est fournie par une lampe à alcool. Les liquides antiseptiques convenables sont la solution phéniquée à 1 ou 2 p. 100, les solutions de chloral ou boriquées, quand l'odeur importune trop les malades ou qu'il faut agir sur la face. Pour éviter les refroidissements, il faut protéger les parties voisines de celles sur lesquelles on fait agir le topique avec des linges de laine ; le lit devra être garni d'une toile cirée.

Les pulvérisations antiseptiques doivent être faites deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, deux ou trois heures chaque fois. Elles abaissent la température, diminuent la douleur, désinfectent les plaies.

Elles sont très utiles dans les plaies que l'on traite par le pansement antiseptique ouvert, dans les abcès du sein qui ont donné lieu à de nombreux abcès fistuleux. L'érysipèle, qui complique facilement ces lésions, avorte en deux ou trois jours à l'aide des pulvérisations. Quand la mammite aiguë est très volumineuse, avec des collections purulentes profondes, les pulvérisations diminuent la tuméfaction et l'inflammation, et abrègent la durée de la maladie, qui est habituellement très longue.

Les cancers du sein ulcérés et inopérables se trouvent bien du traitement que préconise M. Verneuil. Les douleurs et l'odeur infecte de ces lésions diminuent beaucoup. Dans un cas où l'état inflammatoire était très accentué autour de la tumeur maligne, on ne se décida à opérer que lorsque le traitement eut fait tomber les symptômes d'inflammation. La cicatrisation s'est faite depuis deux ans et il n'y a pas trace de récidive.

Les pulvérisations sont encore très utiles contre les mammites diffuses, lentes dans leur marche, qui, dans certains cas, sont prises pour des tumeurs malignes.

M. Verneuil rapporte à ce propos l'observation d'une femme chez laquelle il put observer un gonflement énorme de la mamelle gauche datant de trois mois ; il y avait une tumeur dure, mamelonnée, adhérente au thorax et à la peau, on ne trouvait pas de ganglions et le sein était douloureux au toucher. L'arsenic, les purgatifs et la pulvérisation ont amené une résolution complète.

M. Monod lit une observation de M. Surmay (de Ham) relative à une *fracture de la clavicule* dépendant de l'élévation, de l'adduction du bras et de la contraction musculaire.

M. Delens a relevé des cas analogues.

M. Ricard présente un *kyste dermide* de l'ovaire qui avait produit des accidents d'étranglement interne.

COURRIER

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le samedi 24 mai, à dix heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme.* — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

F. Siredey.

Un des plus chers et des plus anciens amis de l'*Union médicale*, le docteur F. Siredey, a succombé, dans la nuit du 18 au 19 mai, à la cruelle maladie qui le tenait éloigné de nous depuis trois ans.

Nous rappellerons bientôt à nos lecteurs les travaux et les titres de celui qui occupa une place si honorable dans le corps médical des hôpitaux et avait su conquérir, dans les études gynécologiques, une notoriété de si bon aloi. Nous ne pouvons aujourd'hui qu'exprimer le profond chagrin que nous laisse ce douloureux évènement.

Attaché à la rédaction de l'*Union médicale*, F. Siredey nous avait bien souvent aidés de ses conseils, encouragés, redressés au besoin. Son caractère bienveillant, son humeur toujours affable sont profondément gravés dans la mémoire de tous ceux qui l'ont connu.

Que sa veuve désolée, que son neveu Armand Siredey, médecin des hôpitaux, dont les succès récents font honneur au nom qu'il porte, reçoivent ici l'expression de notre profonde sympathie.

Les amis de Siredey se réunissent aujourd'hui à son domicile, 44, boulevard Maillot; ses obsèques ont lieu à dix heures, à l'église de Neuilly-sur-Seine.

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Fournier.

Les manifestations linguales de la syphilis (1).

Messieurs,

Deux points importants nous restent à étudier pour compléter l'histoire de la syphilis linguale : le diagnostic et le traitement.

L'étude du diagnostic est extrêmement importante. En effet, il va être question, dans tout ce qui va suivre, d'affections qui, sauf le cancer, sont à peine connues et généralement passées sous silence dans vos livres classiques. Je pourrais, du reste, étendre beaucoup cette étude du diagnostic,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 8, 13 et 15 mai 1890.

mais je n'ai pas l'intention de vous décrire les choses absolument rares, et m'en tiendrai à la clinique usuelle.

La première affection dont nous devons parler est ce qu'on appelle le *psoriasis lingual.* Ce nom vient d'une grossière analogie avec le psoriasis de la peau, bien qu'il n'y ait pas d'affinité entre les deux maladies. Le psoriasis lingual, auquel on donne, du reste, d'une façon bien plus juste, le nom de leucoplasie linguale, se présente sous la forme de taches blanches ou blanchâtres, qui, dans certains cas, simulent la glossite scléreuse. On trouve, en effet, un certain nombre d'analogies entre la lésion syphilitique et la leucoplasie. Comme Debove l'a montré, il y a sclérose dans les deux cas; cette sclérose siège toujours sur la face dorsale; c'est une induration lamelleuse qui se complique, à un moment donné, d'érosions et d'ulcérations dans les plicatures; enfin la leucoplasie est bien plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et entraîne les mêmes troubles locaux que la glossite scléreuse. Il résulte de ces ressemblances que, bien des fois, les deux lésions ont été confondues l'une avec l'autre.

Le diagnostic repose sur un signe différentiel fort net et très facile à constater; je veux parler de l'aspect blanc, brillant, argenté de la leucoplasie, aspect tellement blanc et tellement nacré parfois que l'analogie est presque complète avec les plaques argentées du psoriasis cutané. Cette apparence si particulière est due à l'exfoliation épithéliale de la langue qui forme une sorte de croûte blanchâtre; c'est, pour employer une expression imagée, l'aspect d'une langue *couverte de neige.*

Quelquefois la glossite scléreuse revêt un aspect blanc, argenté, mais toujours il y a une grande différence entre la teinte blanc jaunâtre de la glossite et l'aspect nacré du psoriasis.

La *glossite des fumeurs*, dont nous devons parler maintenant, doit être rapprochée des lésions leucoplasiques. Elle figure parmi les lésions les plus authentiques produites par le tabac et a aussi donné lieu à de nombreuses erreurs de diagnostic. Ricord l'a dit, il y a déjà longtemps : Il y a beaucoup de gens traités pour la vérole, à cause de leur langue simplement altérée par l'abus du tabac. Dans ces cas, on a ce que mon maître appelait très justement la *langue cuite.* L'aspect de la langue tabagique est, en effet, très modifié; elle est rouge à la pointe et blanche à sa partie médiane; elle est lisse, tendue, dépapillée en même temps que blanchâtre, irrégulière de bords; enfin elle est indurée par places, surtout vers la pointe où repose la pipe ou le bout du cigare. J'ajoute que, comme dans la glossite scléreuse, les érosions sont fréquentes et que quelquefois la langue est sillonnée de stries, *parquetée* comme dans la syphilis.

Pour faire le diagnostic, nous devons d'abord nous occuper des antécédents, car les lésions de la glossite des fumeurs ne se voient qu'après un très long usage du tabac, qu'il s'agisse du cigare ou de la pipe. En second lieu, l'existence de ce que nous appelons les plaques nacrées commissurales, constitue un signe très précieux. Ces plaques se voient à la commissure labiale en dedans de la joue; elles sont blanchâtres, blanc grisâtre, opalines. C'est absolument l'aspect que l'on aurait si l'on mettait sécher sur le point de la muqueuse buccale qu'elles occupent une couche de collodion. Le plus habituellement ces plaques restent près des commissures, mais quelquefois elles ont un prolongement qui s'effile en arrière au niveau de la séparation des dents supérieures et inférieures. La plaque nacrée commissurale est presque pathognomonique, presque seulement, car je m'étais

trompé lorsque, autrefois, j'avais dit qu'elle l'était tout à fait. J'en ai vu deux ou trois cas chez des gens qui ne fumaient pas, et, dernièrement, je l'ai constaté chez une dame de mes clientes dont je n'ai pas lieu de suspecter la sincérité. Dans tous les cas, elle n'existe pas chez les syphilitiques.

Cependant il peut y avoir à la fois chez le même malade coïncidence des deux glossites, et cela est facile à comprendre, car le tabac n'exclue pas plus la syphilis que la syphilis n'exclut le tabac. Il n'y a pas lieu alors de faire [de diagnostic différentiel, puisque les deux lésions se trouvent alors réunies. C'est ce qu'on peut appeler la *glossite métis syphilo-nicotique*.

Mais j'ai hâte, Messieurs, d'arriver au diagnostic des lésions ulcéreuses, qui sont au nombre de trois principales : la glossite dentaire, la glossite tuberculeuse et la glossite cancéreuse.

La *glossite dentaire* est connue depuis très longtemps, puisqu'elle est citée dans Hippocrate; cependant sa description a été négligée par les auteurs, et cet oubli est regrettable, car elle donne lieu à de fréquentes erreurs. Cette affection a son origine et sa cause dans un mauvais état des dents. Quand la langue se trouve souvent en contact avec une dent cassée ou ébréchée qui présente des aspérités irrégulières, elle s'irrite et s'excorie. L'excoriation se répare en quelques jours, puis la répétition de la même cause amène la production d'une nouvelle ulcération, de sorte qu'au bout de quelque temps il se forme un véritable noyau qui ressemble à un îlot de sclérose. Plusieurs fois des dentistes de la ville m'ont dit avoir vu dans leur cabinet des malades atteints de glossite dentaire qui étaient traités par le mercure et par l'iodure de potassium. Cependant un peu d'attention suffit pour faire le diagnostic. En premier lieu, la lésion est circonscrite, petite, limitée en un point, et il est facile de constater ses rapports avec une dent plus ou moins irrégulière. En second lieu, le diagnostic est confirmé par l'épreuve thérapeutique. Si, en effet, on fait arracher la dent, la lésion se cicatrise en quelques jours et le noyau inflammatoire se résorbe.

La *glossite tuberculeuse* est plus importante. C'est Ricord qui, le premier, l'a mise en lumière, et il lui avait donné le nom de *phthisie buccale* que l'on a abandonné je ne sais trop pourquoi. Les lésions de la glossite tuberculeuse constituent des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins creuses, à fond un peu jaunâtre et reposant sur une base engorgée un peu dure. En fait, leurs caractères objectifs sont peu marqués et il ne faut pas se fier aux signes que l'on en peut tirer, car les caractères différentiels avec les gommes sont vraiment très peu importants.

Le signe dit de Trélat est très utile pour le diagnostic différentiel. Sur le pourtour de l'ulcération tuberculeuse, on rencontre, en effet, parfois deux ou trois petites lésions minuscules, deux ou trois petits points jaunes absolument circonscrits, miliaires, gros à peine comme une tête d'épingle. Ce sont les tubercules en voie de prolifération. L'on comprend que cette petite lésion tuberculeuse indique d'une façon certaine la nature de la grande ulcération et constitue un excellent signe.

Malheureusement, les points jaunes n'existent pas toujours. Alors on doit se baser, pour le diagnostic, sur l'état général et sur les résultats fournis par l'examen du poumon. Dans l'immense majorité des cas, au moment où la tuberculose linguale se produit, le malade offre les lésions et les symptômes de la phthisie pulmonaire, dont la constatation est très facile. S'il n'y a pas encore de lésions tuberculeuses du côté du poumon, il

faut s'appuyer sur l'examen de la constitution et l'habitus tuberculeux, très fréquent chez les malades de cette sorte. Enfin, l'épreuve thérapeutique est encore très utile; s'il s'agit d'une lésion tuberculeuse, le traitement spécifique n'a aucune action et, du reste, la tuberculose linguale ne guérit que d'une façon absolument exceptionnelle.

Il nous reste à étudiér le point le plus important, c'est-à-dire le diagnostic différentiel avec le *cancer;* ce point offre un intérêt extrême, car bien des fois on a coupé des langues qui auraient guéri par un traitement convenable, ou guéri par l'iodure de potassium et le mercure des langues réputées cancéreuses. Je vous ai déjà cité la belle observation de Cloquet; aujourd'hui, je peux vous en rapporter une de Lallemand, tout aussi caractéristique. Un malade s'est présenté à lui, atteint d'une tumeur linguale, et tous les médecins qui l'avaient examiné avaient admis l'existence d'une affection cancéreuse; on résolut d'abord d'amputer la langue, mais l'opération parut si difficile qu'on n'osa pas l'entreprendre; en désespoir de cause, pour avoir l'air de faire quelque chose, on administra un traitement antisyphilitique. Le malade guérit dans l'espace d'un mois. Vous voyez qu'il est d'une importance capitale d'étudier en détail le diagnostic de la syphilis avec le cancer.

Le diagnostic différentiel peut être éclairé, avant toute chose, par quelques présomptions. Il faut examiner l'âge du malade, rechercher la prédisposition héréditaire et les antécédents de psoriasis. Le cancer est une maladie de l'âge mûr, et son maximum de fréquence se trouve entre 50 et 70 ans. La glossite tertiaire survient beaucoup plus tôt, et nous avons en ce moment dans nos salles des femmes atteintes de cette affection qui ont 25 ou 26 ans. D'après les statistiques, le cancer de la langue relève de l'hérédité une fois sur six ou sept. Enfin, ce qui est surtout caractéristique, c'est l'existence antérieure d'un psoriasis lingual. En effet, depuis que la question est étudiée, nous reconnaissons tous ici que la leucoplasie buccale est le prélude du cancer. Pendant dix ou quinze ans, on a du psoriasis buccal; puis, au bout de ce temps, il dégénère en cancroïde; si donc, en même temps que l'ulcération, nous voyons du psoriasis buccal, nous pouvons presque toujours affirmer l'existence d'une tumeur maligne; nous ne nous tromperons pas une fois sur vingt. Signalons encore, Messieurs, deux autres particularités locales qui peuvent nous être utiles, je veux parler du siège et de la multiplication des lésions. Le cancer peut siéger partout, voire à la face inférieure de la langue. Or, jamais les syphilides tertiaires linguales ne se produisent sur cette face et toutes prennent naissance sur la partie supérieure de l'organe. La multiplicité des lésions est encore un très bon signe permettant de diagnostiquer la syphilis. Presque toujours, le cancer est unilatéral, « azygos », pour employer l'expression de Ricord. Ce caractère n'est cependant pas complètement absolu, car, dernièrement, j'ai pu voir, avec M. Vidal, un cancroïde de la langue qui était double. Mais c'est là un fait absolument exceptionnel et qui peut être pratiquement négligé.

Etudions maintenant, Messieurs, ce que peut nous fournir d'utile pour le diagnostic l'examen direct de la lésion linguale. Il y a tout un ensemble de caractères distinctifs que l'on peut disposer méthodiquement en six paragraphes :

1° Le cancer de la langue est une tumeur plutôt qu'une ulcération, tandis que la glossite syphilitique est une ulcération plutôt qu'une tumeur. Même

quand l'ulcération cancéreuse est considérable, elle repose sur une base dure que l'on sent très facilement en palpant avec les doigts;

2° Le cancer se distingue par ses bords épais, qui forment un bourrelet induré à la circonférence de l'ulcération; on dit familièrement qu'il a des bords à lampion. De plus, ces bords sont fongueux et durs. Tous ces caractères manquent dans la gomme;

3° Le fond de l'ulcère est toujours saignant, ou mieux saignottant. Prenez un cancer entre les doigts, palpez-le, il saignera; frottez-le aussi doucement que vous pourrez avec un pinceau ou une compresse fine, il saignera encore. Dans tous ces cas, il apparaît à la surface de très fines gouttelettes de sang, tandis que cela ne se voit jamais dans la gomme. Ce signe est très important;

4° Le cancer est plus douloureux que la gomme. Il est difficile, je le reconnais, de doser exactement une douleur; cependant, on peut affirmer qu'il y a une grande différence entre les souffrances causées par les deux maladies. Le cancer est douloureux spontanément, lancinant; il s'accompagne souvent de douleurs qui s'irradient dans l'oreille; de plus, il gêne bien plus la langue que ne le fait la gomme. L'organe devient raide, peut souvent très difficilement être tiré au dehors, semble comme immobilisé, comme cloué dans la bouche. Enfin, la gomme est bien plus tolérante pour les aliments et gêne bien moins le malade;

5° Les phénomènes de la cachexie sont très précoces dans le cancer, qui est une affection cachectisante par excellence;

6° Enfin, il n'y a presque jamais de ganglions quand il s'agit d'une gomme, tandis qu'ils se produisent toujours à une période un peu avancée du cancer, indiquant alors l'envahissement de l'économie.

Le plus généralement, Messieurs, vous pourrez, à l'aide de tous ces signes, faire le diagnostic, mais, si quelquefois vous êtes hésitants, il restera encore à tenter l'épreuve thérapeutique. Le traitement spécifique est inutile ou nuisible dans le cancer, tandis que, comme vous le savez déjà, il guérit rapidement la gomme.

Je n'ai plus maintenant, Messieurs, qu'à vous exposer le *traitement* des manifestations tertiaires de la syphilis linguale, traitement qui est à la fois général et local.

La médication générale diffère un peu selon qu'il s'agit d'une gomme ou d'une glossite scléreuse. La gomme est curable par l'iodure de potassium seul; dans la sclérose, au contraire, le mercure est le médicament par excellence et l'iodure de potassium n'agit que fort peu; il faut alors employer soit les pilules de Dupuytren, dont on donnera trois par jour, soit le proto-iodure. Cependant les frictions mercurielles sont souvent nécessaires et j'ai vu en ville des malades qui avaient des récidives incessantes de glossite scléreuse n'être guéris ou améliorés que par les frictions mercurielles ; on peut donner de fortes doses du médicament, si l'on envoie en même temps le malade à une station sulfureuse, telle qu'Uriage, par exemple.

La médication locale comprend le traitement hygiénique et l'emploi des topiques.

L'hygiène locale est indispensable ; les malades doivent avoir soin de se laver la bouche après chaque repas, afin d'éviter que des parcelles alimentaires ne séjournent dans les rigoles où elles forment des foyers de fermen-

tation ; il ne faudra pas prendre d'aliments irritants et on choisira des préparations culinaires exigeant le moins possible de trituration, telles que les bouillons, potages, gelées, hachis, etc.

Comme premier topique, je vous conseillerai l'usage des gargarismes émollients, qui sont les meilleurs de tous; il ne faudra pas se servir des gargarismes alunés ou de ceux au sublimé; le malade doit prendre des véritables bains de bouche et les renouveler en grand nombre de fois chaque jour. Les pulvérisations sont excellentes; on peut se servir de liquide émollients ou d'une solution iodo-iodurée, dans laquelle il entre, pour 250 gr. d'eau, 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium et XL gouttes de teinture d'iode. Le malade fera chaque jour deux ou trois pulvérisations qu'il prolongera pendant 10 ou 15 minutes.

Je veux en terminant, Messieurs, vous dire un mot sur l'emploi des cautérisations dont on fait usage et même abus. Dans la glossite scléreuse, la cautérisation à l'aide de la pointe du crayon de nitrate d'argent est très utile quand il y a des fissures ou des rhagades ; il faudra en faire une tous les quatre ou cinq jours sans les rapprocher davantage et ne pas se servir du nitrate acide de mercure, qui est trop douloureux. Dans la forme gommeuse, la cautérisation à l'aide de teinture d'iode est fort utile quand l'eschare gommeuse est éliminée ; plus tard, quand le fond devient bourgeonnant, le nitrate excitera avantageusement le travail de réparation. Par contre, les cautérisations sont absolument inutiles sur la surface des glossites scléreuses, sur les gommes non ulcérées ou en voie d'élimination, car elles ne peuvent rien faire sur le bourbillon. Dans certains cas, par crainte du phagédénisme, on a cautérisé l'ulcération gommeuse avec l'acide chromique, l'acide nitrique, le chlorure de zinc, le fer rouge même ; à mon avis ces cautérisations intempestives constitueraient plutôt un appel pour la complication qu'on veut éviter.

En résumé, le traitement de la glossite scléreuse consiste, outre la médication interne, dans l'emploi de gargarismes et de pulvérisations émollients et dans la cautérisation des surfaces excoriées. La glossite gommeuse sera combattue par les gargarismes émollients, les pulvérisations iodées ou iodurées et, quand le moment sera convenable, par quelques cautérisations à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent.

BIBLIOTHÈQUE

Études de pratique médicale sur le diabète sucré, par le docteur H. Sénac. Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

Ce volume du docteur Sénac continue la série de ses études sur la diathèse congestive.

Il débute par un chapitre intéressant sur la signification exacte que l'on doit attacher aux mots glycosurie et diabète. En réalité la glycosurie est toujours un symptôme; tantôt elle se rattache au diabète sucré, tantôt à d'autres états morbides et même à certains états physiologiques. Des états pathologiques de cause interne qui causent des altérations du quatrième ventricule, du foie, des pancréas, etc., produisent de la glycosurie et sont confondus pendant la vie avec le diabète.

Il convient de rapprocher de ces cas les glycosuries traumatiques, syphilitiques, etc. Le diabète vrai doit être placé parmi les manifestations de la diathèse congestive; la glycosurie n'est qu'un de ses symptômes et un diabétique n'est pas guéri quand il ne rend plus de sucre dans les urines.

Dans les autres chapitres de ce mémoire intéressant, l'auteur donne un résumé bien fait des principaux symptômes du diabète. Il termine par l'étude du traitement en insistant sur la valeur du régime de Bouchardat qui n'accorde cependant pas assez de boissons. Du reste il existe des différences individuelles considérables au point de vue de l'action nocive de certaines substances glycosogéniques. Le traitement à Vichy est fort utile et permet d'améliorer à la fois la glycosurie et l'état général bien plus rapidement qu'on ne peut l'espérer en traitant le malade chez lui. — P. Ch.

THE NATIONAL MEDICAL DICTIONARY, par John S. BILLINGS. — Philadelphie, 1890.

M. John S. Billings nous a depuis longtemps habitués aux grandes et belles publications. Celle-ci a un intérêt un peu spécial, mais qu'il est impossible de nier. C'est un dictionnaire en deux beaux volumes, comme savent les faire les éditeurs américains, contenant les termes techniques usités en médecine et dans les sciences collatérales, en anglais, français, allemand, italien et latin.

L'objet de ce dictionnaire est de fournir aux étudiants et aux médecins une définition claire et concise de chaque terme médical employé couramment dans ces diverses langues. La prononciation est indiquée, ainsi que l'étymologie d'un grand nombre de mots.

De nombreux et distingués collaborateurs ont apporté leur contingent à cet important ouvrage, MM. Frank Baker, Burnett, Flint, W. Lee, Matthews, etc. Les meilleurs périodiques, monographies, dictionnaires ont été mis à contribution. Le nombre total des mots définis et expliqués s'élève à 84,844, dont 25,496 en latin, 9,158 en français, 16,708 en allemand, 6,514 en italien, sans compter les synonymes français, allemands et italiens mis en regard des mots anglais.

Le premier volume contient en outre une série de tableaux, donnant l'exposé synthétique de maintes questions qui intéressent le médecin, et qui, en évitant de longues recherches bibliographiques, seront fort utiles à consulter. Ces tableaux comprennent : les doses des médicaments, les antidotes des poisons les plus communs, la comparaison des échelles thermométriques, les dimensions du fœtus aux différents âges, celles des différentes parties et des organes du corps humain, la digestibilité et la valeur nutritive des aliments, avec étude comparative des divers régimes suivant les peuples, les classes, les circonstances de la vie, les états de santé, etc.

Il y a, dans ce nouvel ouvrage, une grande somme de labeur; la conception en est heureuse et l'exécution irréprochable. Par un temps où il n'est plus permis d'ignorer les travaux de valeur qui paraissent à l'étranger, nous devions le signaler à nos lecteurs. — L.-G. R.

TRAITEMENT DE LA PHTISIE

et des maladies des voies respiratoires par l'AIR SURCHAUFFÉ

au moyen de l'appareil du docteur WEIGERT (de New-York) (1).

La méthode du docteur Weigert pour le traitement de la phtisie par l'air surchauffé marque un pas considérable en avant dans la voie de l'antisepsie pulmonaire. Ce n'est point ici le lieu de réveiller les polémiques ardentes et passionnées qu'a soulevées cette question de l'antisepsie antiphtisique. Ce n'est pas le moment de demander aux enthousiastes de la veille l'explication de leur découragement du lendemain et de leur retour à la thérapeutique de résignation. Nous nous contentons de publier en un tableau les faits observés à la clinique de la Chaussée-d'Antin, où l'appareil de Weigert fonctionne depuis quelques semaines. Ces faits y sont exposés dans toute leur sincérité et avec la plus grande indépendance, car la clinique est ouverte à tous ceux qu'intéresse cette question. Les malades peuvent y être interrogés, les registres d'observations compulsés. Les plaques préparées, pour chaque malade, peuvent être vérifiées au moyen d'une installation micrographique qui s'y trouve établie en permanence.

(1) Pour tous renseignements et communications, s'adresser à la clinique du docteur Weigert, 18, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

TABLEAU DES CAS TRAITÉS A LA CLINIQUE, DU 5 AVRIL AU 27 MAI 1890

NOMS PROFESSIONS SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC	TOUX EXPECTORATIONS	HÉMOPTYSIES	SOMMEIL TRANSPIRATIONS	APPÉTIT POIDS	ÉTAT BACILLAIRE	OBSERVATIONS HÉRÉDITÉ
Mme Bou..., 31 ans, couturière. Bronchite tuberculeuse. Traitement: du 7 avril au 12 mai.	Toux quinteuse, expectoration purulente le matin. Aux premiers jours du traitement, la toux diminue et les crachats deviennent rares et spumeux.	Hémoptysies fréquentes; la dernière 2 jours avant le traitement. Du début du traitement au 17 avril, pas d'hémoptysies. Le 17 avril, quelques crachats teintés au moment des règles, qui persistent pendant toute la durée des règles.	Sommeil meilleur. Sueurs disparues	Appétit bon. 5 avril : 55 k. 3 — 56 100. 9 mai : 56 600.	L'examen n'a pas été fait.	Acquise. Cette malade, très sujette aux hémoptysies, les a vu diminuer et pour ainsi dire disparaître sous l'influence du traitement.
Mme W..., cuisinière, 26 ans Aphonie, phtisie, laryngie. — Râles humides aux deux sommets, à la base droite. Traitement : du 15 avril au 12 mai.	Toux fréquente le matin, crachats purulents. Après trois jours de traitement, la toux diminue pour disparaître presque complètement au bout de dix jours. Rares crachats spumeux le matin.	Vingt jours après l'entrée à la clinique, trois crachats sanguinolents arrêtés par l'inhalation; le lendemain, quelques crachats striés.	Fièvre vespérale. Sueurs irrégulières. Le sommeil, agité, redevient calme au bout de huit jours d'inhalation.	Appétit médiocre, augmente sensiblement à partir du 25 avril. 12 avril : 55 k. 30 — 55 600. 12 mai : 55 900.	L'examen n'a pas été fait.	Acquise. L'état général et local sont notablement améliorés. La malade engraisse, dort. L'aphonie a disparu complètement; l'auscultation est très satisfaisante.
M. Th. Kh.., menuisier, 32 ans. Ramollissement du sommet gauche. Traitement : du 15 avril au 22 mai.	Toux, expectoration le matin; crachats muco-purulents. Au bout de trois jours, toux du matin moins fréquente, presque nulle au bout de dix jours; crachats spumeux aérés	Considérables, d'une durée d'un mois à deux reprises, et de quinze jours une troisième fois. Les inhalations n'ont déterminé aucune hémoptysie chez ce malade très prédisposé.	Sueurs irrégulières. Le sommeil, troublé par les quintes avant le traitement, est devenu calme.	L'appétit, qui était assez bon avant le traitement, a notablement augmenté. 15 avril : 68 k. 100. 30 — : 68 300.	L'examen n'a pas été fait.	Héréditaire. Chez ce malade l'amélioration est sensible, régulière et la modification des signes stétoscopiques très marquée.
M. T... (Guillaume), 40 ans, employé. Engorgement des deux sommets, craquement des deux côtés, râles muqueux à gauche Traitement : du 26 avril au 15 mai.	Toux et expectorations abondantes.	Hémoptysie considérable le 20 avril; crachats nageant dans du sang pur. Ergotine à haute dose.	Sueurs nocturnes.	Pas d'appétit; se nourrissant d'œufs crus exclusivement lors de son entrée à la clinique. Appétit réveillé dès le 4 mai. 26 avril : 56 k. 200 10 mai : 56 200.	26 avril : bacilles nombreuses. 30 avril : bacilles plus rares. 15 mai : plus de bacilles.	Acquise. Ce malade commence les inhalations au lendemain d'une hémoptysie considérable : l'hémoptysie persiste pendant les deux *premiers jours d'inhalations; quelques crachats teintés, qui disparaissent totalement le 3 mai sans ergotine.*
M. Jean B..., garçon brasseur, 36 ans. Laryngo-bronchite. En traitement du 5 avril au 12 mai.	*Toux quinteuse fréquente surtout la nuit.* Crachats muco-purulents.	*Néant.*	Suppression des quintes de nuit; sommeil après deux jours de traitement. Pas de transpirations nocturnes	Appétit satisfaisant. 15 avril : 83 k. 900. 30 — 84 200. 10 mai : 84 300.	L'examen n'a pas été fait.	Acquise. Les inhalations ont rapidement supprimé les quintes et le sommeil est revenu. L'état local et l'état général sont remarquablement améliorés.
Mme Four..., couturière, 43 ans. Matité aux deux sommets, cavernes craquements. Traitement : du 22 avril au 10 mai.	Début : il y a trois ans, par coqueluche.	Abondante du 5 avril au 10 avril. Trois crachats sanguinolents au troisième jour.	Fièvre; sueurs nocturne abondantes; sommeil coupé par des quintes. Au cinquième jour du traitement, sommeil, disparition des sueurs.	L'appétit reparaît au troisième jour du traitement. L'amaigrissement qui avait été considérable, s'arrête. 22 avril : 64 k. 6 mai : 64 k. 600.	22 avril : bacilles nombreuses. 26 avril : pas de bacilles. 8 mai : pas de bacilles.	Acquise. Amélioration de tous les symptômes dans une forme aiguë. Disparition des bacilles, constatée sur douze plaques; état général relevé; engraissement caractéristique.
Mlle P... (Albertine), couturière, 33 ans. Admise à l'hôpital de la Pitié, il y a 6 ans, avec le diagnostic « Tuberculose, engorgement du poumon droit ». Traitement : du 19 avril au 12 mai	Oppression nuit et jour; toux, crachats muco-purulents le matin.	Considérable il y a 3 ans; expectorations teintées, réitérées, mais pas depuis un an.	Pas de sueurs; sommeil passable, interrompu par quintes dans la deuxième partie de la nuit.	Amaigrissement considérable; règles insignifiantes. 19 avril : 56 k. 900. 3 mai : 57 12 — 57 100.	21 avril : bacilles. 5 mai : rien. 9 — rien	Acquise. — Enfant mort de méningite tuberculeuse. Cette malade a pris très régulièrement deux inhalations par jour de 3/4 chaque. Tous les symptômes se sont améliorés, aussi bien pour l'état local que pour l'état général.
M. J. Th.., employé, 41 ans. Tuberculose généralisée dans les deux poumons. Traitement : du 28 avril au 17 mai	Toux fréquente nuit et jour; expectoration peu abondante.	Pas d'hémoptysies	Sueurs nocturnes; fièvre vespérale, sommeil interrompu.	Appétit médiocre, se réveille rapidement sous l'influence des inhalations. 28 avril : 57 k. 400 12 mai : 58 300.	29 avril : bacilles nombreuses 5 mai : rien. 17 — rien.	Acquise. L'amélioration ici est rapide. Les préparations bacillaires ont été faites par dix-huit plaques.
Mme W... Fidelin, cuisinière, 30 ans. Craquements aux deux sommets. Traitement : du 30 avril au 27 mai.	Toux fréquente; expectoration le matin.	A craché le sang six fois dans le courant de l'année dernière.	Sueurs nocturnes; sommeil troublé par une douleur de côté, à droite.	Appétit médiocre. 30 avril : 49 k. 12 mai : 48 900.	29 avril : bacilles. 5 mai : rien. 27 mai : rien.	Hérédité. Les sueurs et la toux ont diminué; le sommeil est meilleur. C'est le seul cas où nous n'ayons pas à constater d'augmentation de poids; nous avons, au contraire, une légère diminution.
M. B... (Auguste), 15 ans, sans profession. Ramollissement du sommet droit, souffle d'induration à gauche. Traitement : du 29 avril au 12 mai.	Toux quinteuse provoquant les vomissements après les repas Crachats purulents abondants.	Pas d'hémoptysie.	Sueurs nocturnes, fièvre vespérale avec frissons; mauvais sommeil.	Appétit nul. 29 avril : 42 k. 700. 13 mai : 42 900.	1er mai : rien à l'examen miscroscopique. 7 mai : *idem.*	Hérédité. L'amélioration se fait sentir à partir du 4 mai, où nous constatons un relèvement de l'appétit, reprise du sommeil et diminution de la toux.

Ce tableau ne comprend que les observations des malades venus à la clinique à son ouverture. C'est pourquoi les premières ne comportent pas d'examen bacillaire. Les malades n'étant pas soignés à domicile, nous n'avons pas pu établir une colonne de température.

Il résulte de ces faits que les inhalations d'air surchauffé amènent une sédation rapide de tous les symptômes, même chez eux qui sont le plus gravement atteints.

Nous ajoutons à ces observations de tuberculose une observation d'asthme, assez concluante pour établir que, dans la méthode des inhalations d'air surchauffé de Weigert, il y a à côté de l'action antiseptique une action mécanique, agissant sur les vésicules bronchiques à la façon de l'air comprimé. Sans compter l'effet microbicide que peut avoir l'air chaud sur le microbe de la bronchite chronique, ce ne sont pas des faits à passer sous silence.

OBSERVATION

S..., Charles, 60 ans, sans profession, se présente à la clinique le 22 avril 1890. A la suite de rhumes et de bronchites répétés depuis une trentaine d'années, il est aujourd'hui atteint d'asthme confirmé, et ne peut ni marcher, ni rester couché, passant son temps à fumer du stramonium. Pas de fièvre, pas d'hémoptysies, aucun symptôme cardiaque. Bon appétit. La poitrine est pleine de râles sibilants et ronflants.

Le 22 avril, une première inhalation d'air surchauffé à 200°-230° pendant trente-cinq minutes est très bien supportée, et de même de deux inhalations par jour, d'une durée d'une heure chacune, pendant vingt jours. Dès le cinquième jour, la toux et l'oppression diminuent notablement. *Le malade peut dormir allongé dans son lit*, la sibilance et les ronflements bronchiques ont disparu. Le malade monte allègrement ses trois étages, mange bien, dort tranquillement. — A la balance, le 22 avril, on constate 61 kilog. 700; le 6 mai, 63 kilog. 700.

L'appétit est promptement relevé, et nous n'avons qu'un seul cas où ce relèvement n'ai pas été constaté. Les hémoptysies, loin d'être favorisées, sont enrayées, même dans les formes suraiguëes comme dans le cas de G... La toux disparaît vite, en même temps que les expectorations purulentes sont modifiées.

La modification bacillaire n'est pas moins encourageante. Chaque malade est soumis à trois examens microscopiques dans le délai de vingt à vingt-cinq jours, et chaque observation repose sur six à huit plaques pour éviter toute chance d'erreur. Les faits cliniques sont recueillis avec le plus grand soin par le docteur Tobert et les travaux micrographiques sont confiés à M. Girard, sous la direction du docteur A. Filleau, président du Comité médical.

Il sera publié tous les mois un tableau analogue.

Dr A. Filleau.

REVUE DES JOURNAUX

De la valeur nutritive du liquide amniotique, par Ahlfeld, professeur à Marbourg. — Depuis longtemps déjà, Ahlfeld considère le liquide amniotique comme doué de propriétés nutritives. Dans son nouveau travail, il cherche à apporter la preuve que ce liquide contribue, en réalité, à nourrir le fœtus pendant la vie intra-utérine.

Il est certain que le fœtus avale des quantités notables de liquide amniotique. Dans l'estomac et dans l'intestin du nouveau-né, on retrouve en grande quantité les produits suspendus dans le liquide amniotique (poils). Ce fait est constant et doit nous faire admettre que l'ingestion du liquide amniotique est un fait physiologique.

Ce liquide étant résorbé, puisque nous ne le trouvons à aucun moment dans les voies digestives, il est évident que, s'il renferme des principes nutritifs, ceux-ci doivent servir à l'alimentation du fœtus.

D'après les analyses d'Ahlfeld, la quantité de substances albuminoïdes contenues dans les eaux ne serait pas insignifiante.

Dans quelques cas, le précipité obtenu représentait un volume de 22,50 p. 100 de la masse totale.

Ahlfeld admet l'hypothèse que la déglutition du fœtus s'effectue pour ainsi dire régulièrement, et il croit en trouver la preuve dans certains mouvements qu'il a observés sur l'abdomen de la femme enceinte et qu'il a pu enregistrer à l'aide d'un appareil graphique. Ces mouvements sont de petites secousses à peu près rythmiques, revenant périodiquement plusieurs fois par jour, durant environ cinq minutes et n'ayant rien de commun avec les mouvements des extrémités.

L'hypothèse de la déglutition régulière du fœtus est très ingénieuse, mais ce n'est, comme le dit Ahlfeld lui-même, qu'une hypothèse. Et si même nous attribuons une certaine valeur nutritive au liquide amniotique, il n'en est pas moins certain que le fœtus puise en majeure partie les éléments qui lui sont nécessaires pour son développement dans le sein de la mère. (*La Clinique*, 1889, 10.) — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

Un travail intitulé : « De la folliculite microbienne tonsurante du cuir chevelu », par M. le docteur H. Nimier (médecin militaire).

— M. le Président annonce la mort de M. F. Siredey, membre titulaire.

— MM. Lacassagne et Gros sont élus correspondants nationaux.

— M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'en 1884, il a démontré à M. Monnet que la *kola* agit sur la nutrition générale et la circulation. La teinture agit à la dose de 4 à 10 grammes, l'alcoolature à celle de 8 à 20; l'infusion elle-même est active dans les affections cardiaques. La kola est aussi un bon diurétique. Ces propriétés tiennent à la caféine et à la théobromine. Le tannin qu'elle renferme la rend utile contre les diarrhées. Quant à l'action tonique, qui est certaine, rien ne prouve que le rouge de kola y soit pour quelque chose.

M. G. Sée insiste sur ce fait que la kola n'agit que par la caféine et la théobromine. Cette dernière, quoi qu'on en ait dit, n'est pas soluble dans le salicylate de soude. C'est un bon médicament qui n'excite pas le système nerveux.

— M. Cornil lit un rapport sur un travail de M. Babès relatif à la *pénétration des bacilles de la morve à travers la peau*. La friction avec une pommade n'agit pas constamment, et il faut que le virus soit très actif.

Les recherches histologiques montrent que la pénétration se fait au niveau des follicules pileux; les bacilles se répandent ensuite dans les espaces lymphatiques de la peau.

— M. Hervieux fait connaître les résultats qu'il a obtenus en recherchant la valeur du *vaccin de chèvre*. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° Si l'on inocule une chèvre avec du vaccin humain, le produit de cette inoculation évolue exactement comme le vaccin de génisse;

2° La vaccination de chèvre à bras réussit bien, à la condition que l'inoculation soit pratiquée aussitôt après la récolte du vaccin; les boutons vaccinaux ont tous les caractères de la vaccine classique;

3° L'inoculation avec du vaccin de chèvre conservé réussit aussi bien que le vaccin de génisse quand elle est faite avec la pulpe, moins bien avec la lymphe;

4° La vaccination d'un sujet humain avec du vaccin de chèvre humanisé donne des résultats réalisant le type le plus parfait de la vaccine classique.

Ce qui fera toujours que le vaccin de chèvre sera peu usité, c'est la rareté de l'ani-

mal et le peu de vaccin qu'elle produit. Ce vaccin met à l'abri de toute contagion tuberculeuse.

— M. Galezowski communique un nouveau procédé opératoire pour le *traitement du rétrécissement lacrymal.* Les insuccès du procédé classique tiennent à la non absorption des larmes par suite du manque de contractilité du canalicule dans une certaine étendue tenant à la suppression d'action des fibres musculaires. M. Galezowski fait une incision de 2 à 3 millim. allant du point lacrymal inférieur vers la conjonctive et l'angle externe de l'œil. Cette ouverture sert à introduire les sondes et on évite ainsi l'inconvénient de la section du canalicule.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Chorée molle avec atrophie musculaire. — Méningite et péritonite à pneumocoques sans pneumonie. — De l'utilité de la bactériologie pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes.*

M. Raymond : Dans le cours de la chorée ordinaire, outre la faiblesse musculaire qui survient dans les membres agités par les mouvements convulsifs, on voit quelquefois se produire de la paralysie de ces membres, plus rarement de l'atrophie. Les auteurs anciens ont signalé ces troubles. Bouteille, en 1810, pensait que la chorée est plutôt hémiplégique que convulsive. Charcot a signalé des paralysies vraies dans le cours de la chorée de Sydenham, et elles ont fait donner à la maladie le nom de chorée molle (West). La paralysie s'installe progressivement; c'est le plus souvent une hémiplégie ou une monoplégie. Elle atteint quelquefois la nuque, la langue, le voile du palais. A mesure que la paralysie se développe, les mouvements convulsifs diminuent et peuvent presque disparaître.

— M. Raymond présente un malade âgé de 17 ans, atteint de chorée molle, chez lequel on remarque en outre des troubles trophiques considérables du côté du bras paralysé. Ce malade fut pris de douleurs articulaires en janvier dernier. Dans les premiers jours d'avril des mouvements choréiques apparurent dans la main gauche, puis dans les bras, la jambe du même côté; le côté gauche de la face fut aussi envahi, et il y avait en même temps de la difficulté de la parole. Quelques jours après, on nota une diminution progressive des forces au membre supérieur gauche qui devint bientôt complètement paralysé. La jambe s'affaiblit à son tour, et vers la fin d'avril l'hémiplégie était complète.

Bientôt les muscles du bras commencèrent à s'atrophier; l'atrophie envahit ensuite l'avant-bras et la main. Les réflexes tendineux sont abolis, l'excitabilité faradique est augmentée dans les muscles atrophiés. Pas de troubles de la sensibilité, rien qui rappelle l'hystérie. Actuellement la paralysie a disparu dans le membre inférieur gauche et le malade peut marcher tout seul.

Il ne faut pas confondre la chorée de Sydenham avec l'hémichorée symptomatique d'une lésion cérébrale. M. Raymond présente en effet un autre malade qui, il y a quatre ans, à la suite d'une légère attaque d'apoplexie, eut une hémiplégie gauche avec mouvements convulsifs dans ce côté; ceux-ci existent encore actuellement, ils sont réguliers, plus rapides et moins étendus que ceux de la chorée de Sydenham; il y a en outre une atrophie de cinq centimètres au niveau de la cuisse gauche et de deux centimètres et demi au niveau du deltoïde de ce même côté. Réflexes très exagérés. Pas de troubles de la sensibilité.

On trouve, dans ces deux cas, des différences symptomatiques assez nettes pour ne pas permettre de confondre la chorée de Sydenham, chorée d'évolution, avec la chorée d'origine cérébrale.

Pour expliquer l'atrophie dans la chorée ordinaire, on a invoqué les arthrites rhumatismales. Mais, dans tous les cas d'arthrites, traumatiques ou rhumatismales, les réflexes sont exagérés; ils sont abolis, au contraire, chez notre malade, et ils l'étaient

aussi dans les quelques cas analogues que l'on a rapportés; ce n'est donc point là de l'atrophie musculaire d'origine articulaire. Mais on peut penser que les mêmes lésions qui produisent les mouvements choréiques peuvent aussi amener la paralysie et l'atrophie. Ces lésions sont encore complètement inconnues.

M. Ollivier : Les troubles trophiques dans la chorée de Sydenham sont excessivement rares. M. Ollivier n'en a pas vu un seul cas depuis sept ans. Aussi pense-t-il que l'atrophie du malade de M. Raymond est due à son rhumatisme.

M. Debove rapporte au nom de ses internes, MM. Bouley et Courtois-Suffit, un cas de localisation extra-pulmonaire du pneumocoque. Ces localisations extra-pulmonaires ne sont pas très rares, et l'on a observé des péricardites, des endocardites, des pleurésies, des arthrites dues à ce même agent infectieux. Chez le malade de MM. Bouley et Courtois-Suffit, il s'agit d'une méningite et d'une péritonite à pneumocoques. Ce malade mourut trois jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on trouva les anses intestinales très dilatées, recouvertes d'une couche épaisse de pus verdâtre; pas de perforation intestinale. Les méninges étaient baignées par un pus de même aspect.

L'examen microscopique, les cultures et les inoculations démontrèrent la présence du pneumocoque dans le pus. Les poumons étaient cependant tout à fait indemnes. Le microbe fut aussi retrouvé dans le sang.

Les caractères macroscopiques du pus sont remarquables : cette couleur verdâtre, cette consistance, cette plasticité n'appartiennent qu'au pus à pneumocoques.

Quant à la double localisation sur les méninges et le péritoine, les causes en sont obscures; on ne trouve pas la porte d'entrée du micro-organisme. Il n'y a aucune lésion des os du crâne. On peut admettre qu'il y a eu une infection générale d'emblée par les pneumocoques qui se sont localisés en même temps sur les méninges et le péritoine, tout en respectant le poumon. Peut-être faut-il accuser les pneumocoques qui se trouvent normalement dans la bouche ou dans les voies respiratoires supérieures.

M. Sevestre a observé, chez une petite fille, une péritonite survenue après une pneumonie. Une tumeur se forma dans la fosse iliaque droite, une ponction exploratrice donna du pus qui ne renfermait que des pneumocoques, ce qui fit porter un pronostic bénin. En effet, après incision et lavage, l'abcès guérit rapidement.

M. Netter : J'ai vu, chez un enfant nouveau-né, un cas de méningite à pneumocoques. Dans ce cas, j'ai trouvé le pneumocoque dans le sang. Peut-être pouvait-on rapporter ce cas à une infection placentaire.

J'ai trouvé une autre fois des pneumocoques dans l'exsudat péritonitique. C'est dans le cas que M. Sevestre vient de rapporter.

La péritonite à pneumocoques est fort rare. Elle n'existait qu'une fois sur 108 autopsies dans lesquelles j'ai trouvé des manifestations pneumococciques diverses.

La méningite à pneumocoques est bien plus fréquente (douze fois sur 108 autopsies). Plus rare que la pneumonie, la broncho-pneumonie, la pleurésie, l'otite de même nature, elle est plus fréquente que l'endocardite, la péricardite, l'arthrite, etc. La méningite à pneumocoques est la plus fréquente des méningites suppurées non tuberculeuses (vingt et une fois sur 33), et j'ai rassemblé 45 observations, dues à divers auteurs, dans lesquelles elle existait vingt-sept fois. J'ai étudié un des premiers, sinon le premier, cette méningite à pneumocoques dont j'ai parlé dans plusieurs communications.

M. Netter : Les pleurésies purulentes sont toujours de nature microbienne, mais les microbes qui leur donnent naissance sont d'espèces diverses.

M. Netter, sur 109 pleurésies purulentes, a trouvé les espèces suivantes : pneumocoque, streptocoque pyogène, staphylocoque, bacille de la tuberculose, bacille encapsulé de Friedlander, bacille pseudo-typhique, micrococcus tetragenus, filaments de leptothrix, bactéries saprogènes, etc. Mais un certain nombre de ces espèces n'ont été rencontrées qu'associées à des espèces plus fréquentes; d'autres n'existaient qu'une fois et n'ont ainsi qu'une importance secondaire. La bactériologie permet donc de distinguer quatre grandes espèces de pleurésies purulentes dues : 1° au pneumocoque; 2° au staphylocoque pyogène; 3° aux organismes saprogènes; 4° au bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de ces quatre espèces se fait par l'examen bactériologique. Il ne demande que peu de temps pour les trois premières (trois jours au plus). Il est plus long pour la pleurésie purulente tuberculeuse quand l'examen n'y révèle pas le bacille de Koch, qui manque trois fois sur quatre. Dans ces cas, on attendra les résultats de l'inoculation dans le péritoine du cobaye. On pourra cependant pressentir les résultats positifs de ces inoculations lorsqu'on ne trouvera aucun microbe, ou seulement le staphylococcus aureus.

Trois fois il y avait en même temps des pneumocoques et des streptocoques; souvent il y avait association de staphylocoques aux streptocoques et aux pneumocoques.

Les pleurésies à pneumocoques et à microbes pyogènes forment plus des trois quarts des pleurésies purulentes. La proportion fournie par la réunion des observations de Rosenbach, Weichselbaum, Frænkel et Renvers est sensiblement identique. Des deux pleurésies précédentes, la pleurésie à pneumocoques est la plus fréquente chez l'enfant, la pleurésie à streptocoques chez l'adulte.

La pleurésie purulente à pneumocoques est la moins grave; elle est souvent précédée de pneumonie. Elle peut guérir spontanément par vomique. L'indication thérapeutique consiste à évacuer le pus; il suffira ordinairement de ponctions. La bénignité relative de ces pleurésies tient aux qualités de leur microbe dont la vitalité est médiocre et s'épuise dans l'organisme comme dans les tubes à culture. Il n'y aura pas lieu d'ajouter à la ponction la destruction des parasites à l'aide de lavages antiseptiques. Dans les pleurésies cloisonnées ou se reproduisant trop rapidement le thoracotomie pourra devenir nécessaire.

Si le liquide contient à la fois le pneumocoque et le streptocoque, on se comportera comme dans la pleurésie à streptocoques.

Celle-ci réclame une intervention hâtive et énergique, en raison de la virulence des micro-organismes qui lui donnent naissance; évacuation rapide et complète du pus par l'empyème; puis antisepsie rigoureuse par des lavages au sublimé. M. Netter fait suivre l'évacuation du sublimé de grands lavages à l'eau bouillie, et de cette façon il n'a jamais constaté aucun accident d'intoxication.

Une intervention moins énergique pourrait suffire, car il existe beaucoup de degrés dans la virulence du streptocoque, mais, ces degrés étant mal connus, il est préférable de toujours employer la méthode précédente.

La pleurésie putride demande la thoracotomie suivie de lavages.

La pleurésie purulente tuberculeuse ne doit pas être confondue avec les pleurésies purulentes chez les tuberculeux. Elle est ordinairement insidieuse, latente, chronique. Les ponctions répétées à longs intervalles amènent un soulagement marqué. L'empyème ne donne que des résultats incomplets et parfois fâcheux. La médication antiparasitaire n'a pas encore donné de bons résultats.

FORMULAIRE

Potion contre les coliques menstruelles.

Acétate d'ammoniaque	6 grammes.
Infusion de fleurs de sureau et coquelicots	120 —
Eau de fleurs d'oranger	14 —
Sirop de morphine	20 —

Mêlez. — 2 à 4 cuillerées par heure, contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles. — N. G.

Thèses pour le doctorat en médecine présentées et soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de mars et d'avril 1890.

Guillaud (Paul) : Symptômes et traitement du rein tuberculeux. — Didier (Antoine) : Etude sur la dysphagie dans la phthisie laryngée; son traitement. — Minjard (Louis) :

Du traitement des kystes hydatiques du foie ; méthode éclectique.— Guillermet (Auguste) : De l'adénie; sa nature infectieuse. — Frenkel (Henri) : Etude psycho-pathologique sur l'automatisme dans l'épilepsie et dans les autres maladies nerveuses. — Laurent (Jean) : Contribution à l'étude du mal des montagnes.

COURRIER

Légion d'honneur. — Nous présentons nos bien sincères félicitations à M. le docteur Méhier, conseiller général de l'Ain, qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Congrès des Sociétés savantes. — L'ouverture du Congrès annuel des Sociétés savantes aura lieu le 27 mai, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, et un certain nombre de sections tiendront leurs réunions dans les salles de la nouvelle Sorbonne, qui seront ouvertes pour la première fois. La première journée du Congrès sera consacrée à l'organisation des travaux du Congrès et à nommer les commissions, qui tiendront leurs séances les 28, 29 et 30 mai. Siégeront à la vieille Sorbonne la section d'histoire et de philologie, celle des sciences économiques et sociales, et celle de médecine. Les sections d'archéologie, des sciences mathématiques, des sciences physiques et naturelles, de géographie historique et descriptive tiendront leurs séances à la nouvelle Sorbonne. — La séance solennelle de clôture du Congrès aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne le 31 mai, à deux heures, sous la présidence du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. A cette occasion, le soir, il y aura réception au ministère de l'instruction publique.

Hôpital franco-néerlandais a fonder a Paris. — Il se trouve à Paris une nombreuse colonie néerlandaise dont la plus grande partie se compose d'ouvriers, venus en France pour se perfectionner dans leur métier. Si la maladie s'attaque à eux, leurs qualités d'étrangers étant un obstacle à leur admission à l'hôpital, ils doivent payer les soins qui leur sont nécessaires. Il était nécessaire de remédier à un pareil état de choses.

Un hôpital réservé pour eux serait donc un véritable bienfait. Pénétré de cette pensée, un comité s'est mis à la tête d'une pareille entreprise. Mais, voulant reconnaître l'hospitalité si large que la France accorde aux étrangers, le comité n'a pas cru devoir destiner cet hôpital uniquement aux soins à donner à des Hollandais. Il a été décidé que ledit hôpital serait également ouvert aux malades français : de là le nom de *franco-néerlandais*. Des comités de dames patronnesses ont été formés à Paris et dans les Pays-Bas et il en sera institué dans les principales villes de France. Pour que cette entreprise puisse réussir, un chaleureux appel est fait aux sujets néerlandais qui résident en France, ainsi qu'aux Français. Les dons les plus minimes seront reçus avec reconnaissance : dès que le capital nécessaire à la construction et au fonctionnement de l'œuvre (300,000 francs) aura été formé, les travaux seront immédiatement commencés. Provisoirement, une maison située sur le terrain à acquérir a été louée; on peut donc, dès aujourd'hui, souscrire pour un lit, un demi-lit ou un quart de lit (soit 1,000, 500, 250 francs). Ces lits porteront le nom des donateurs. Les souscriptions seront publiées chaque année dans les rapports de la Société. — Les dons et souscriptions seront reçus au Consulat des Pays-Bas, 21, rue de La Pérouse.

— MM. Cornil et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Jungfleisch, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, sont nommés membres du comité consultatif de l'enseignement public (première section).

— M. Clarencq, ancien médecin de la marine française, à Port-Louis (Ile de France), est nommé chevalier du Mérite agricole.

Hôpitaux de Nancy. — Mme Déodor, née Léonie Bruillard-Balbâtre, vient de léguer sa fortune, évaluée à 800,000 francs, pour la fondation d'un hôpital, asile ou maison de santé.

— Le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a discuté dans sa dernière séance les conclusions du rapport de M. Ollivier sur la coqueluche à Paris.

M. Ollivier a rappelé combien la coqueluche était répandue à Paris. Ainsi, en 1889, elle y a fait 520 victimes :

De 0 à 1 mois	13
De 1 mois à 1 an	207
De 1 an à 2 ans	142
De 2 ans à 5 ans	142
De 5 ans à 10 ans	16
	520

Le conseil a voté les conclusions suivantes :

La coqueluche est très grave pour les enfants de moins de deux ans ou affaiblis par n'importe quelle cause.

La maladie est contagieuse.

Lorsqu'un cas se montre dans une famille, il est indispensable d'isoler le malade; cet isolement sera continué quinze jours au moins après la disparition des quintes convulsives, et mieux jusqu'à la disparition complète de la toux.

Il convient d'isoler les enfants atteints de coqueluche. Cet isolement s'impose pour les hôpitaux d'enfants.

Le système métrique dans la pharmacopée américaine. — On sait quelle résistance incompréhensible l'introduction du système métrique a rencontrée en Angleterre et en Amérique; les formules médicales rédigées par des médecins anglo-saxons étaient et sont encore, pour la plupart des médecins de tous les pays, de véritables hiéroglyphes qu'on ne peut déchiffrer qu'à l'aide d'une clef. Dans ces conditions, il n'est pas sans intérêt de constater une tendance de nos confrères américains à accepter la notation métrique.

L'Association américaine pour l'avancement des sciences vient d'adresser aux médecins et pharmaciens des Etats-Unis et du Canada une circulaire dans le but d'introduire les poids et mesures métriques dans la prochaine édition de la pharmacopée américaine. Le comité de rédaction de la pharmacopée serait assez disposé à faire droit à ce desideratum, mais éprouve une sérieuse difficulté à établir une table d'équivalence entre les mesures actuellement en usage et les mesures métriques. (*Bull. méd.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Burlureaux, médecin-major de première classe en retraite; Chabus (de Sisteron); Desmasures (de Dourlers).

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 mai 1890. — *Ordre du jour* : 1. A trois heures et demie réunion du conseil d'administration : le bureau et MM. de Beauvais et Dubuc. Compte rendu du trésorier. — 2. M. Auvard : Fœtus étranglé par le col utérin. — 3. M. Ladreit de Lacharrière : Observation d'hémorrhagie cérébelleuse.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Mort de M. Siredey.

La liste de nos deuils continue à s'allonger. Après M. Trélat, l'Académie perd un de ses membres les plus sympathiques dans la personne de M. Siredey, depuis longtemps l'ami de notre journal, mort, lundi dernier, dans sa soixantième année.

Né en 1831, à Lavilleneuve-les-Converts (Côte-d'Or), M. François Siredey avait commencé ses études médicales à l'Ecole secondaire de Dijon, d'où, lauréat en 1851, il était parti pour les terminer à Paris. Interne des hôpitaux en 1855, le cinquième de sa promotion, la même année que MM. Péan, Jaccoud, B. Ball, de Saint-Germain, M. Siredey soutint, en 1860, sa thèse sur *la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines*.

Cette question, qui lui avait été inspirée par l'observation d'une épidémie de fièvre puerpérale survenue à l'hôpital Lariboisière, dans le service de Moissenet, pendant sa dernière année d'internat, resta le sujet de prédilection de ses études pendant le reste de sa carrière. Frappé de la divergence des opinions émises à l'Académie de médecine au cours de la longue dis-

FEUILLETON

CAUSERIE

On voit parfois d'étranges choses dans ce monde. En voici une qui offre quelque intérêt pour nous autres médecins et pour les Compagnies transatlantiques. On sait que certaines Compagnies ont l'habitude de faire vacciner tous les passagers qui le désirent, afin de se mettre, dans certains cas, à l'abri d'une quarantaine. C'est ce que fait, entre autres, la Compagnie Cunard, qui a été, pour ce fait, appelée devant la Cour supérieure civile de Boston. Une dame se plaignait que la vaccination eût été faite chez elle à tort et sans soins, et qu'on se fût servi d'un mauvais vaccin qui l'avait fait beaucoup souffrir, lui avait empoisonné le sang et avait déterminé une éruption à la peau. Elle prétendait, de plus, qu'on l'avait vaccinée contre sa volonté. Ce dernier motif de la plainte fut toutefois abandonné, la Compagnie ayant prouvé par témoins qu'il n'était pas fondé.

Deux médecins furent appelés en témoignage par la plaignante. L'un déclara qu'il l'avait vue à la fin de juillet, ayant été vaccinée le 12, et qu'elle avait un bras très malade et une éruption générale, qu'il appelait eczéma ; l'autre l'avait vue dans la première semaine d'août, et déclara qu'elle avait encore, à cette époque, le bras malade et qu'elle souffrait d'un pemphigus.

Sur la demande du défendeur, on prouva que la plaignante s'était présentée à la con-

cussion soulevée en 1858 par les ravages de cette épidémie, qui frappa cruellement tous les services d'accouchements de la capitale, M. Siredey chercha à débrouiller ce chaos, et trouva la lumière qu'il cherchait dans les autopsies des femmes mortes dans son service. Il vit alors que les lésions des lymphatiques et des veines qui rampent dans les parois de l'utérus étaient fréquentes, et que là était la source des accidents variés qui surviennent après l'accouchement et qu'on désignait sous le nom de fièvre puerpérale.

Cette constatation, qu'il eut malheureusement trop souvent l'occasion de faire avant la période antiseptique de la chirurgie et de l'obstétrique, l'amena un des premiers à nier l'existence de la fièvre puerpérale, qu'il rejeta d'une manière formelle d'abord en 1875, dans un article inséré dans les *Annales de gynécologie*, puis, en 1884, dans un livre intitulé : *Les maladies puerpérales*.

Dans cet ouvrage important, qui lui ouvrit les portes de l'Académie de médecine, M. Siredey démontre que les maladies présentées par les femmes en couches se rattachent constamment à deux types cliniques distincts ou associés, qui correspondent à la localisation primitive des lésions sur les lymphatiques ou sur les veines de l'utérus. Les manifestations si complexes de l'ancienne fièvre puerpérale répondent aux complications de ces deux types, et les lésions des vaisseaux utérins ont pour point de départ les lésions génitales consécutives à l'accouchement. Désormais, la puerpérale n'a plus rien de spécial, c'est une malade atteinte d'une plaie, c'est une blessée, en un mot, exposée à toutes les complications des plaies chirurgicales. Aussi la conséquence pratique qu'il réclame est-elle de placer l'accouchement dans les conditions d'hygiène préconisées pour les opérations chirurgicales.

Ces données sont si universellement acceptées aujourd'hui chez nous qu'on a peut être oublié la part importante qui revient aux travaux de M. Siredey dans leur conception. Ce sont à peu près les seuls qu'il eut publiés avec quelques articles du *Nouveau dictionnaire de médecine et de*

---

sultation du service des maladies de la peau du Massachusetts Hospital, vers le 8 août, pour s'y faire soigner, que le chirurgien avait constaté chez elle de l'urticaire non causé par une vaccination malpropre. Un autre chirurgien de l'hôpital, qui la vit vers la même époque, constata qu'elle n'avait pas de septicémie et que le bras ne présentait rien d'extraordinaire.

Un dermatologiste distingué, appelé comme expert, déclara que, d'après les faits qui lui étaient rapportés, la plaignante n'avait pas eu de pemphigus, qui ne peut pas être transmis par la vaccination, mais que de l'urticaire à forme bulleuse peut s'appliquer à la description de l'affection en question, laquelle peut avoir eu pour cause soit des piqûres de moustiques, soit des morsures de punaises, l'irritation d'une vaccination normale, etc., et que, d'ailleurs, les émigrants sont très sujets à de semblables éruptions. Deux médecins, très expérimentés en matière de vaccination, affirmèrent que ni l'histoire de la maladie, ni l'aspect de la cicatrice ne pouvaient indiquer que la vaccination avait été mal faite, ni qu'un mauvais vaccin avait été employé.

D'après cette discussion, le jury rendit un verdict en faveur de la Compagnie, qui fut renvoyée des fins de la plainte. Or, les dommages-intérêts demandés s'élevaient à 50,000 francs. Après ce que j'ai dit, dans mes précédentes *Causeries*, du peu d'instruction de beaucoup de médecins américains, je ne serais pas fâché de savoir de quelle Faculté sortaient ceux qui avaient appuyé la plainte de la dame, ainsi que ceux qui l'avaient combattue. De quel côté était la vérité?

Quelqu'un qui lit par-dessus mon épaule, et dont je vous ai déjà parlé, me dit que je

chirurgie pratiques, absorbé qu'il était par son service à l'hôpital et les soins de sa clientèle, qui aimait en lui le clinicien éminent, doué d'une bonté et d'une douceur des plus appréciées.

M. Siredey, élu membre de l'Académie de médecine en 1884, avait été président de la Société médicale des hôpitaux en 1888. Il était officier de la Légion d'honneur. — L.-H. PETIT.

— Les accidents survenus à la suite de la vaccination de bras à bras, et qui ont tant ému les populations du nord de la France, et les membres de l'Académie, il y a quelques mois, ont engagé certains médecins à chercher un moyen pratique de remplacer ce mode de vaccination. On avait bien le vaccin de génisse, qui met à l'abri de la transmission de la syphilis, mais non de la tuberculose; il fallait donc trouver mieux. M. le docteur Chonneau-Dubisson, de Villiers-Bocage (Calvados) a fait sur des chèvres un certain nombre d'expériences démontrant que le vaccin recueilli sur cet animal était inoculable à l'enfant. M. Hervieux a repris ces expériences et montré que les résultats annoncés étaient parfaitement exacts. Comme la tuberculose est extrêmement rare chez la chèvre, si rare que MM. Trasbot et Nocard ne l'ont jamais vu naître spontanément, et qu'il est difficile de la provoquer expérimentalement, cet animal est donc le vaccinifère par excellence. Son seul défaut est d'être trop peu nombreux pour qu'on puisse l'employer à l'exclusion de la génisse; mais la chèvre pourra utilement suppléer celle-ci quand on pourra s'en procurer en nombre suffisant.

L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

L'EXPOSITION UNIVERSELLE, par Henri DE PARVILLE; précédée d'une lettre préface, par A. ALPHAND, directeur général des travaux de l'Exposition. — Paris, J. Rothschild, éditeur, 13, rue des Saints-Pères.

Nous souhaitons un grand et légitime retentissement à l'*Exposition universelle*, cette

---

ne vois pas la question sous son véritable jour; d'après ce quelqu'un, les choses se seraient passées tout autrement. La plaignante n'a pu trouver que deux médecins pour certifier qu'elle était malade d'une mauvaise vaccination, parce qu'elle ne pouvait offrir que l'hypothèse de 50,000 francs à partager; au contraire, la Compagnie, ayant donné moins peut-être, mais *effectivement*, a trouvé immédiatement cinq éminents médecins, tous spécialistes, qui ont unanimement déclaré que la plaignante, une émigrante, avait été à moitié dévorée par les moustiques, les punaises, etc., pendant son voyage, et que le vaccin n'était pour rien dans ses misères. Que voulez-vous que fît le jury devant une déclaration de 5 contre 2? Il s'est rangé du côté des 5. Là, comme ailleurs, la majorité a étouffé la minorité.

* * *

Nos lecteurs n'ont probablement pas oublié la campagne entreprise, il y a bien longtemps, par un de nos honorables compatriotes installé aux Etats-Unis, le docteur Séguin, pour obtenir l'unification des poids et mesures en ce qui concerne la pratique médicale. A tous les Congrès qui se sont succédé en France et à l'étranger pendant une dizaine d'années, le docteur Séguin est venu défendre sa manière de voir; chacun lui donnait raison, mais la routine est si forte qu'il a succombé avant que son rêve fut réalisé.

Cependant son idée n'est pas tombée dans l'oubli, et à la dernière réunion de l'Association américaine pour l'avancement des sciences, tenue en septembre 1889 à Toronto

jolie publication illustrée que vient de nous donner M. Henri de Parville. C'est un livre incomparable par le charme des souvenirs qu'il évoque, par l'intérêt des descriptions et des documents qui s'y trouvent réunis, par l'attrait de ses illustrations.

C'est bien l'Exposition de 1889 avec ses splendeurs, ses étonnements, ses surprises, ses perspectives indéfinies, ses plaisirs, ses curiosités, ses fêtes. C'est bien la multitude bruyante, la foule cosmopolite, les grands jours, les dimanches, l'assaut des restaurants, des promenoirs, les fontaines, la lutte pour le dîner, l'envahissement des pelouses; c'est bien aussi la ville d'azur conquise par le peuple des faubourgs, puis les étincellements du Trocadéro, les cascades rouges de feu, les illuminations féeriques, les embrasements de la Tour.

On est en pleine exposition; on court au Decauville, on brûle la station du restaurant hongrois et des Tziganes. Nous voilà aux Invalides, aux colonies, en Algérie! Quelles promenades! Quels flots de visiteurs, quelle affluence!

Certes on a un peu de tous côtés retracé au jour le jour, par la plume et le crayon, les merveilles de l'Exposition. Pendant des mois, les journaux, les revues ont consacré de longues colonnes à l'Exposition du Centenaire. On a fait quelques albums, collectionné des photographies. Mais ce sont là toutes feuilles volantes groupées au hasard des circonstances, réunies sans lien et sans méthode.

Il fallait mieux.

On a attendu la fin de l'Exposition, pour avoir en mains des documents certains, pour mieux donner un coup d'œil d'ensemble, pour présenter une synthèse exacte et générale de cet évènement mémorable. M. de Parville aura été l'heureux historien de cette fête perpétuelle de 1889, qui a séduit tout le monde, même ceux qui avaient douté du succès jusqu'à ce que l'évidence leur dessillât les yeux.

C'est en historien impartial, en effet, en artiste, en savant, en ingénieur et en observateur sagace que M. de Parville nous décrit la grande Exposition. Tous les pavillons étrangers, tous les bords de la Seine avec leurs expositions, les galeries d'agriculture, toutes les curiosités, tout, jusqu'aux villages Sénégalais, jusqu'au théâtre Annamite, jusqu'aux danseuses javanaises, tout défile devant les yeux dans un panorama d'ensemble.

Les fêtes de Paris en 1889 ont aussi leur chapitre spécial. Les bals de l'Hôtel de Ville, du Palais de l'Industrie, le fameux banquet des maires du 14 juillet sont représentés par de curieuses gravures.

L'éminent critique du *Journal officiel* et du *Journal des Débats* a écrit un livre qui res-

---

(Canada), un comité, composé des professeurs Seaman et Warder (de Washington), et Hoffmann (de New-York) a été chargé de faire valoir les avantages de l'emploi du système métrique des poids et mesures en médecine et d'en recommander l'usage aux médecins, pharmaciens et fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques.

Le comité vient d'envoyer une circulaire aux médecins et pharmaciens des Etats-Unis et du Canada, les invitant à adopter ce système de numération.

Il est inutile, dit le comité, de s'étendre sur les avantages du système métrique. L'identité du facteur primitif avec notre système de numération, la corrélation parfaite entre les mesures de poids et de capacité, l'approbation donnée par la grande majorité des nations, l'usage général qu'en font sans exception les savants et les chimistes du monde entier font de son adoption une loi et une nécessité pour tous les arts qui dépendent des sciences naturelles et en particulier pour la médecine et la pharmacie.

Les républiques du Sud-Amérique et de l'Amérique centrale ont adopté le système métrique à l'exclusion de tout autre. Les peuples de langue anglaise sont à peu près les seuls dans le monde civilisé à se servir des anciennes mesures. Le comité recommande aux Ecoles de médecine de ne plus employer dans leur enseignement l'ancien système pharmaceutique des poids et mesures, et aux Ecoles de pharmacie de mettre en lumière les mérites et la supériorité du système métrique, de manière à en assurer promptement l'usage exclusif dans toute l'Amérique du Nord.

On peut compter, dit la *Médecine moderne*, sur l'esprit pratique des Américains pour que cet appel soit entendu; les grains, les scrupules et les drachmes, ces restes dé-

tera, qui montrera à nos petits-neveux l'Exposition du Centenaire réellement telle qu'elle était, qui donnera aux étrangers n'ayant pu la voir une idée exacte de son prodigieux développement. C'est bien là le véritable *livre d'or* de l'Exposition, réduit à un petit format commode et facile à feuilleter.

La publication de M. de Parville a, du reste, reçu une consécration de grande valeur. Elle est précédée d'une lettre-préface de M. Alphand, directeur général des travaux de l'Exposition. Celui-ci dit nettement : « Le talent de M. de Parville s'affirme une fois de plus dans cette œuvre à laquelle il a su donner une forme attrayante, et je pense que son livre fournira des informations utiles à tous ceux qui se sont intéressés à notre grande Exposition du Centenaire, véritable revanche pacifique des malheurs immérités de la France. ».

Les savants et les ingénieurs trouveront dans ce volume des documents qu'ils chercheraient vainement ailleurs sur les constructions métalliques, sur l'édification de la tour de 300 mètres, sur le montage des palais et notamment de la galerie des machines, sur les ponts, les viaducs, les phares, sur l'éclairage à la lumière électrique, sur les grands travaux de la ville de Paris, sur les eaux, les égouts, les écoles, les monuments nouveaux, etc.

Le livre débute par un bon chapitre d'historique sur les Expositions internationales, Expositions de Londres, de Paris, de Vienne, de Philadelphie, etc., avec plans et vues. Les amateurs de statistique trouveront également un grand nombre de documents d'un vif intérêt.

L'*Exposition universelle* de M. Henri de Parville est en somme un petit monument élevé en l'honneur du travail des peuples et à la gloire de la civilisation.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Sur l'existence de l'endocardite tuberculeuse, par M. Raymond TRIPIER. — « A l'examen de pièces pathologiques provenant d'un jeune homme de 14 ans qui avait succombé à une tuberculose miliaire généralisée, j'ai trouvé sur la face supérieure de la valvule mitrale des végétations granuleuses de formation récente, et à proximité, mais sur la face

---

modés de la pharmacopée d'un autre âge, ne tarderont pas à disparaître. La vieille Angleterre restera alors leur seul et entêté asile.

*
* *

La récente décision du Conseil municipal de Paris de brûler gratuitement les corps des patients morts dans les hôpitaux et réclamés par leurs parents ou amis a eu pour effet d'enlever un assez grand nombre de cadavres destinés aux salles de dissection. Ce premier effet, déjà fort désagréable par nos étudiants en médecine, qui depuis quelques mois ont été réduits à la portion congrue, en a eu un autre, bien plus défavorable pour notre science nationale. Au point de vue des exercices de dissection et de médecine opératoire, l'Ecole de Paris était réputée à l'étranger pour une des meilleures du monde entier, et chaque année un grand nombre de médecins venaient s'y exercer aux opérations sur le cadavre sous la direction de nos prosecteurs et de nos aides d'anatomie. Depuis que cette malheureuse décision a été adoptée, le courant des médecins étrangers a, bien entendu, été détourné au profit des Universités allemandes.

Dans un rapport sur cette question, M. le professeur Brouardel a établi, en effet, qu'un nombre considérable de nos confrères étrangers, plus de 150, si j'ai bonne mémoire, sont venus cette année se faire inscrire comme d'habitude aux cours de médecine opératoire, et ont été obligés, faute de sujets, d'aller ailleurs. La décision du Conseil municipal, basée sur je ne sais quelles raisons politiques (la *Medical Press and Circular* de Londres, qui paraît constater le fait avec un certain plaisir, dit que c'est afin de

inférieure, entre l'insertion de deux tendons, un petit nodule tuberculeux bien caractérisé, en rapport, d'une part, avec la valvule et les tendons et, d'autre part, avec la cavité ventriculaire, c'est-à-dire avec le sang que cette cavité contenait.

Ce fait, signalé pour la première fois, vient tout d'abord se joindre aux cas publiés par divers auteurs de lésions tuberculeuses observées dans les veines et les lymphatiques, et à ceux où la présence de bacilles de la tuberculose a été constatée dans l'appareil circulatoire, pour confirmer les prévisions émises sur le mode de généralisation de la tuberculose par la circulation.

L'examen comparatif du nodule tuberculeux avec certains points d'une végétation en voie de formation montre que ces divers produits pathologiques sont constitués par un exsudat albumino-fibrineux et cellulaire, c'est-à-dire par les mêmes éléments dont la disposition présente aussi une certaine analogie, alors que le nodule possède parfaitement les caractères propres à la tuberculose. Il en résulte que ce nodule tuberculeux, considéré dans une région où il est, pour ainsi dire, isolé, est bien constitué par un exsudat inflammatoire, et que le processus inflammatoire de la végétation doit être de nature tuberculeuse; d'autant que ces lésions coïncident avec la production de tubercules miliaires dans la plupart des organes.

Il est de règle d'observer des végétations ou granulations d'endocardite aiguë, plus particulièrement sur la valvule mitrale, avec la tuberculose miliaire, et il n'est pas rare d'en rencontrer aussi avec les différentes formes de phthisie pulmonaire. Avec des lésions tuberculo-caséeuses, et des cavernes dans les poumons, j'ai trouvé des végétations récentes sur les deux valvules auriculo-ventriculaires et des thromboses veineuses des membres inférieurs. Dans les mêmes conditions, des artères peuvent être le siège de coagulations sanguines oblitérantes par suite de thrombose ou d'embolie. Toutes ces lésions sont vraisemblablement de nature tuberculeuse.

Il résulte des faits observés qu'avec l'endocardite tuberculeuse aiguë, on doit admettre une endocardite chronique de même nature. En effet, on rencontre parfois des sujets qui ont succombé à une phthisie pulmonaire ou à d'autres manifestations tuberculeuses et qui présentent des lésions valvulaires anciennes et récentes. Si ces dernières sont, avec raison, rapportées à la tuberculose, il y a toutes probabilités pour que les premières soient dues à la même cause. Et si l'on ne trouve que des lésions anciennes, comme il arrive assez fréquemment, on peut encore les considérer comme ayant eu pour point de départ des lésions tuberculeuses, surtout lorsqu'on ne relève dans les antécédents pathologiques du malade aucune cause capable de leur avoir donné

---

s'assurer les votes dans les quartiers ouvriers, mais je n'en crois rien) aura donc eu pour résultat de priver notre Ecole de Paris d'un de ses plus beaux fleurons et d'en faire cadeau aux Allemands.

On se rappelle que Billroth a eu un mot assez dur sur notre chirurgie française, en disant qu'elle suivait d'une marche boiteuse les chirurgies anglaise et allemande; on n'a pas oublié non plus l'émotion que cette appréciation aussi malveillante qu'inexacte a soulevée parmi les chirurgiens français; si cependant nos futurs chirurgiens sont privés des moyens nécessaires à leur instruction, le mot de Billroth pourrait bien devenir vrai avant peu : Pas de sujets, pas de chirurgiens.

***

Il paraît cependant que les médecins américains ne sont pas tous accueillis à bras ouverts, du moins comme praticiens, dans la capitale de l'Allemagne. Un certain nombre d'entre eux, nous apprend le *London illustrated News,* viennent en effet de quitter Berlin. Le docteur Hinschine, recteur de l'Université, à qui ils demandèrent pourquoi cette institution refusait de reconnaître les diplômes médicaux conférés par les Américains, ne daigna même pas discuter la question. Le conseiller privé Klueffel dit que les collèges américains différaient si grandement, ceux qui sont sérieux vivant côte à côte avec ceux qui n'ont aucune valeur, que les autorités de l'Université ne pouvaient perdre leur temps et leur peine à essayer de les distinguer les uns des autres. M. Schmitt, curateur de l'Université, dit simplement que le rejet des diplômes américains tenait probablement à

naissance. Les nombreuses observations relatées par les auteurs, où se trouve signalée la concomitance de lésions endocardiaques et de productions tuberculeuses diverses, sont en faveur de l'identité d'origine de ces lésions, au moins pour un certain nombre de cas.

On peut étendre cette étiologie à des lésions valvulaires ayant donné lieu à des maladies de cœur proprement dites chez des sujets présentant des traces d'anciennes lésions tuberculeuses des poumons et d'autres organes.

La coexistence de lésions valvulaires et de productions tuberculeuses diverses n'empêche pas d'admettre l'antagonisme signalé depuis longtemps entre les maladies du cœur et la phthisie pulmonaire. Lorsque la tuberculose est primitivement localisée dans les poumons et dans le cœur, on voit évoluer soit une phthisie pulmonaire, soit une maladie du cœur, suivant la prédominance des lésions pulmonaires qui empêchent le développement de la maladie du cœur, ou de l'altération cardiaque avec une hypertrophie de l'organe qui semble éteindre l'affection pulmonaire. »

De l'action polaire positive du courant galvanique constant sur les microbes, et en particulier sur la bactéridie charbonneuse, par MM. Apostoli et Laquerrière. — L'action antiseptique et microbicide du courant galvanique constant entrevue par l'un de nous dès 1886 (1) a été l'objet de nos communes recherches depuis deux ans.

Dans une note déposée sous pli cacheté à l'Académie des sciences le 12 août 1889, nous avons consigné les premiers résultats d'expériences entreprises en plaçant d'abord les pôles aux deux extrémités d'une même éprouvette contenant des bouillons de culture et à peu de distance l'un de l'autre.

Toutes nos expériences ont eu le contrôle de l'ensemencement et de l'inoculation à l'animal (lapin ou cobaye).

Voici nos premières et principales conclusions :

1° L'action du courant galvanique constant sur les cultures est en rapport direct avec l'intensité du courant évaluée en milliampères.

2° Pour une même intensité, et toutes choses égales d'ailleurs, il convient de tenir peu de compte de la durée de l'application, l'intensité du courant restant toujours le facteur principal.

(1) Apostoli : *Traitement de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine*, 1886, p. 38 et 50.

---

ce que les lois américaines les conféraient trop facilement. Quoi qu'il en soit, les médecins américains sentent vivement leur situation, bien qu'ils soient bien reconnus et hautement estimés, paraît-il, par la société médicale de la capitale allemande.

***

Le sexe qui jusqu'à présent était réputé le plus beau s'étant mis à fumer comme les représentants du sexe laid, mais fort, en a subi bientôt les mauvais effets. M. Priestley Smith a rapporté récemment le cas d'une femme chez laquelle s'est développée une amblyopie nicotinique, après avoir fumé assez fréquemment pendant deux ans. Un médecin avait conseillé à cette malade de fumer, dans le but de remédier à des accès d'asthme. Cette femme était une petite mangeuse, dormait mal, et avait beaucoup d'ennuis domestiques, histoire commune dans beaucoup de cas de ce genre. Il n'y a pas de doute que les tracas moraux et un genre de vie ennuyeux n'aient une grande influence sur le développement de l'amblyopie toxique qui survient chez les grands fumeurs. La santé générale tombe à un degré très bas et les effets toxiques du tabac semblent se manifester alors rapidement. La mauvaise qualité du tabac fumé par les classes inférieures contribue certainement beaucoup à produire ces accidents. Si le goût de fumer vient à se répandre beaucoup parmi les femmes des classes pauvres, il est très probable que la proportion des cas d'amblyopie nicotinique deviendra plus grande chez elles que chez les hommes, parce qu'elles souffrent plus qu'eux d'une nourriture insuffisante, du manque de sommeil et des chagrins domestiques.

3° Un courant de 300 milliampères et au-dessus, appliqué pendant cinq minutes, tue constamment la bactéridie charbonneuse. Les ensemencements faits avec la culture ainsi traitée restent stériles, et l'inoculation au cobaye reste sans effet.

4° Un courant de 200 à 250 milliampères, appliqué pendant cinq minutes, ne détruit pas sûrement et constamment la virulence; quelques cobayes meurent encore, mais plus tardivement que les témoins inoculés comparativement avec la même culture qui n'a pas été soumise à l'action du courant.

5° Un courant de 100 milliampères et au-dessous, même après une application de 30 minutes, ne détruit pas la virulence; il se produit une atténuation qui augmente avec l'intensité du courant et qui s'accuse par ce fait que les cobayes inoculés meurent un à deux jours plus tardivement que les témoins.

Depuis cette époque, nous avons établi que ces effets sont indépendants de l'influence thermique qui accompagne toute électrolyse, et nous avons étudié l'influence isolée des pôles et de la portion interpolaire du circuit.

Nous pouvons formuler les conclusions complémentaires qui suivent :

1° On peut supprimer expérimentalement les effets calorifiques du courant et obtenir quand même la destruction ou l'atténuation de la vitalité microbienne. — 2° Le pôle positif seul tue ou atténue la vitalité des organismes pathogènes pour lesquels l'action interpolaire et celle du pôle négatif restant indifférentes. — 3° L'action antiseptique du pôle positif (dans un milieu de culture distinct, entièrement séparé du pôle négatif) s'exerce à plus faible dose électrique que dans la première expérience (où les deux pôles étant contigus atténuent leur action réciproque). Ainsi le pôle positif ne tue pas à 50 milliampères pendant une durée qui peut varier de cinq à trente minutes; mais, au delà, l'atténuation commence et grandit progressivement pour devenir constante dès les cinq premières minutes entre 100 à 150 milliampères. — 4° La conclusion générale qui se dégage de nos recherches, c'est que le courant continu à dose, dite médicale (de 50 à 300 milliampères), n'a pas d'action *sui generis* sur les cultures microbiennes dans un milieu homogène, et que son unique action polaire positive doit tenir au dégagement des acides et de l'oxygène, comme nous le démontrerons dans une prochaine note.

*
* *

Les châtiments corporels infligés encore aux prisonniers politiques russes viennent de donner lieu à un incident lamentable dans lequel un de nos confrères a joué un rôle des plus honorables. Le docteur Gurvich, médecin des prisons en Sibérie, refusa de s'associer à une punition à laquelle fut soumise une déportée, Madame Mahida Sihida. Cette dame, autrefois professeur dans une école, d'une grande instruction et d'une excellente éducation, était reléguée en Sibérie, à Ust Kara, pour raisons politiques. Elle avait récemment voulu se suicider en se privant de toute nourriture pendant 22 jours, et on avait dû, pour l'en empêcher, lui administrer de force des lavements alimentaires. De plus, d'après M. Gurvich, cette dame était atteinte d'une affection cardiaque, et à tous les points de vue elle était tout à fait hors d'état de supporter le cruel châtiment du fouet. On n'en administra pas moins cent coups de fouet à cette malheureuse, qui en mourut. Le docteur Gurvich refusa d'assister à cette exécution, déclarant que la punition ne devait pas être administrée. Le rédacteur de *The Lancet* qui rapporte ce fait dit que toute la profession doit être reconnaissante au chirurgien Gurvich pour s'être ainsi élevé contre un tel acte de brutalité. Il n'est pas improbable qu'en agissant ainsi il ait brisé sa carrière et qu'il soit rangé à l'avenir parmi les fonctionnaires suspects et déloyaux. Puisse le témoignage de sympathie de ses confrères le consoler de la perte de son emploi.

SIMPLISSIME.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mai 1890. — Présidence de M. ABADIE.

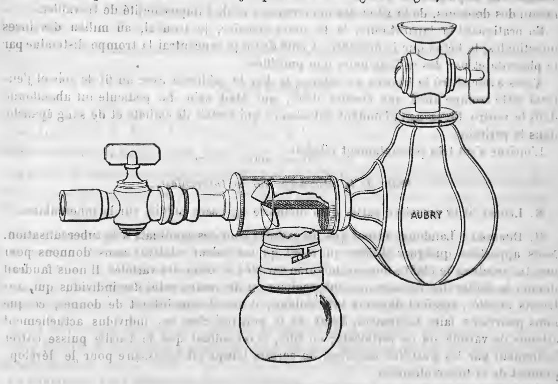
Lecture et adoption du procès verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine : la *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. IX, nos 8, 9, 10 ; le tome XXV des *Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg*.

M. MILLOT-CARPENTIER, membre correspondant, envoie une brochure intitulée : *Tumeur fibreuse de l'ovaire gauche, ablation, mort.*

M. CHRISTIAN fait hommage à la Société de l'ouvrage qu'il vient de publier : *Epilepsie, folie épileptique.*

M. WICKHAM : J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris un *aspirateur à graviers* que M. Aubry a bien voulu construire sur mes indications. L'éloge de l'aspiration comme temps de lithotritie n'est plus à faire ; elle est consacrée par la plupart des chirurgiens non seulement comme un *modus faciendi* utile, mais même nécessaire ; il me semble donc oiseux d'entrer ici dans de grands détails et de rappeler les nombreuses expériences faites à ce sujet par notre distingué collègue, le docteur Desnos.



Si le procédé est bon, l'instrumentation n'est pas encore parfaite ; l'aspirateur dont se sert journellement le professeur Guyon présente le grand inconvénient que les fragments aspirés sont susceptibles d'être refoulés dans la cavité vésicale ; aussi de nombreux praticiens, Bigelow, Thompson, Otis, Bazy ont-ils imaginé des appareils qui, dans une certaine limite, remédient à l'inconvénient que nous venons de signaler, mais qui, selon nous, ne réalisent pas un grand progrès.

Notre aspirateur est simple dans sa construction. Les graviers, une fois aspirés ne peuvent en aucun cas être renvoyés dans la vessie ; ils sont emprisonnés dans une véritable cage dont deux des côtés sont formés par un grillage, lequel sépare le courant aspirant du courant foulant. Par suite de ses grandes dimensions, notre grillage ne s'obture pas ; la force d'aspiration, en conséquence, n'est jamais diminuée. Le courant foulant chasse dans l'intérieur de la cage les mucosités ou graviers qui adhéreraient aux mailles après l'aspiration. Notre instrument présente aussi deux autres avantages: 1° Il se remplit avec facilité et complètement; 2° les diverses pièces dont il se compose se séparent rapidement et aisément, aussi leur asepsie est-elle sûrement obtenue.

Les quelques essais qu'il nous a été donné de faire nous ont prouvé les qualités de ce nouvel aspirateur, incontestablement supérieur aux instruments similaires.

M. Desnos a déjà deux fois expérimenté cet appareil, qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants.

M. Polaillon : J'ai l'honneur de présenter à la Société un fœtus d'environ deux mois et demi, que j'ai trouvé dans la cavité abdominale, chez une femme de 26 ans, pendant l'ablation d'une tumeur de la trompe.

Cette observation a été communiquée à l'Académie de médecine dans la séance du 29 avril dernier. Je ne rappellerai ici que ses traits principaux.

La tumeur de la trompe, pour laquelle j'opérais, était une grossesse tubaire, qui remontait à peu près à six mois.

Il y a trois mois, la malade éprouva, à la suite d'un effort, des douleurs dans le ventre. La trompe s'est probablement rompue à ce moment. Le passage du fœtus dans le péritoine produisit une péritonite, qui ne se généralisa pas.

Lorsque j'examinai la malade, deux mois s'étaient écoulés depuis ces accidents. Il était impossible, à ce moment, de reconnaître une grossesse intra-utérine. On sentait dans le ligament large droit une tumeur grosse comme le poing que je considérais comme une salpingite ou une hydro-salpingite. L'ablation de la tumeur s'imposait en raison des douleurs, de la gêne des mouvements et de l'impossibilité de travailler.

En pratiquant la laparotomie, le 15 mars dernier, je trouvai, au milieu des anses intestinales, le fœtus que je présente. A côté de lui je rencontrai la trompe distendue par le placenta et par des caillots noirs non putréfiés.

Après avoir attiré la trompe au dehors, je liai le pédicule avec un fil de soie et j'enlevai cette trompe ainsi que l'ovaire droit, qui était sain. Le pédicule fut abandonné dans le ventre. Un lavage abondant entraîna ce qui restait de caillots et de sang épanché dans le péritoine.

L'opérée s'est très promptement rétablie.

Suite de la discussion sur la tuberculose.

M. Leudet lit la première partie d'un mémoire (qui sera publié) sur la tuberculose.

M. Duroziez : Landouzy admet que les variolés sont des candidats à la tuberculisation. Nous apportons quelques chiffres qui n'ont qu'une valeur relative; nous donnons pour nos tuberculeux le chiffre des vaccinés non variolés et celui des variolés. Il nous faudrait donner le chiffre des variolés non tuberculeux ou du moins celui des individus qui, autrefois variolés, seraient devenus tuberculeux; il serait sans intérêt de donner, ce que nous pourrions faire facilement, l'état de la poitrine chez les individus actuellement atteints de variole ou de varioloïde; en effet, si on admet que le bacille puisse entrer facilement par les pustules ouvertes, un certain temps est nécessaire pour le développement de la tuberculisation.

Voici donc ce que nous pouvons donner :

Nous prenons nos observations de tuberculisation simple d'individus dits tuberculeux et nous cherchons le rapport de ceux qui n'ont pas été variolés et de ceux qui ont été variolés ou varioloïdés plus au moins longtemps auparavant. Notons que, le plus souvent, nous avons affaire à des varioles modifiées par la vaccine.

Pour 88 non variolés, nous trouvons 46 variolés. (Non variolés, 62 vivants, 26 morts. — Variolés, 32 vivants, 14 morts.)

Nous relevons les cas suivants, qui montrent que la tuberculisation se fait attendre longtemps après la variole :

26 ans. Non vacciné; variole à 12 ans, grave; peu marquée.
31 ans. Vacciné; variole à 3 ans, trè forte; marques profondes.
31 ans. Vacciné; variole à 10 ans, forte; marquée.
43 ans. Non vacciné; variole à 10 ans, très forte.
33 ans. Non vacciné; variole très jeune, très forte.
25 ans. Non vacciné; variole à 2 ans, assez forte.

33 ans. Non vacciné; variole à 25 ans; couturée.

Nos 46 variolés ou varioloïdés tuberculeux apportent-ils un appui à la thèse de Landouzy? Peu importe en ce moment où la variole disparaîtra le jour où le gouvernement le voudra. Que ne pouvons-nous en dire autant pour toutes les causes de la tuberculisation?

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

INJECTION HYPODERMIQUE CONTRE LA MÉTRORRHAGIE. — De Sinéty.

Ergotine (formule d'Yvon)................	1 gramme.
Hydrolat de laurier-cerise................	5 grammes.

Mêlez. — 15 à 20 gouttes tous les jours ou tous les deux jours, en injection sous-cutanée, ce qui correspond à un gramme et demi ou deux grammes d'ergot de seigle. — Si l'on fait usage de l'ergotinine de Tanret, les doses devront être de 1 à 15 milligrammes. — Avoir soin de faire pénétrer l'injection dans le tissu cellulaire sous cutané et non dans le derme. — N. G.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des fêtes de la PENTECOTE, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 27 mai 1890.

ERRATUM. — Dans notre numéro du 22 mai, page 736, en tête du tableau, au lieu de : Tableau des cas traités à la clinique du 5 avril au 27 mai 1890, lire : .... du 5 avril au 17 mai 1890.

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— La conférence des avocats a discuté dernièrement la question suivante :

« La Faculté de médecine a-t-elle le droit de faire des expériences anatomiques sur un supplicié? »

La conférence s'est prononcée pour la négative.

— Un arrêté du ministre de l'intérieur décide que le personnel médical de l'Asile public des aliénés de Ville-Evrard, qui se composait de deux médecins en chef et de deux médecins adjoints, comprendra dorénavant trois médecins en chef et un médecin adjoint.

Le docteur Kéraval, médecin adjoint, est nommé à l'emploi de troisième médecin en chef créé dans cet établissement.

— Le ministre de l'intérieur a soumis au dernier conseil des ministres le texte définitif du projet de loi organisant l'assistance médicale dans les campagnes qu'il vient d'élaborer. Ce projet sera déposé sur le bureau de la Chambre dans les premiers jours du mois prochain.

— Par décision ministérielle, M. Robert, médecin principal de 2e classe, a été nommé professeur d'anatomie chirurgicale, opérations et appareils, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce.

— Le samedi 17 courant a eu lieu le banquet annuel des anciens élèves de la Faculté de Strasbourg. La réunion était présidée par le docteur Lereboullet. Les médecins venus de province pour assister à cette fête de famille étaient nombreux.

Avant de se séparer on a procédé à la constitution du bureau annuel, qui est ainsi composé : président, le professeur Straus; vice-présidents, MM. Laveran et Lereboullet; secrétaires, MM. Keller, Neumann et Bellot.

Un annuaire va paraître sous peu. Cette publication comblera une lacune et sera très appréciée des Strasbourgeois qui, ne pouvant assister au banquet annuel, désirent néanmoins rester en relation avec leurs condisciples d'antan.

Délire électrique. — On signale aux États-Unis une singulière influence de la généralisation de l'emploi industriel de l'électricité :

« Il n'entre presque plus dans nos asiles, dit un des praticiens les plus distingués, de persécutés attribuant leur malheur au diable ou aux esprits; presque tous actuellement se déclarent poursuivis par quelque nouvelle invention électrique, par quelque machine à éclairs, etc., etc. » Il est encore une autre classe de persécutés électriques qui méritent d'être signalés, ce sont ceux qui croient avoir subi un choc électrique et qui simulent dehors les symptômes les plus variés, convulsions, tremblement, etc. Leur nombre est grand en Amérique.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine*).

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Bulletin bibliographique.

Bibliothèque anthropologique, tome XIIe : Origines de la chasse, de la pêche et de l'agriculture, par le professeur Gabriel de Mortillet; tome Ier : Chasse, pêche, domestication. 1 vol. in-8o avec 148 figures intercalées dans le texte. — Prix : 9 francs.

Céphalalgie et massage, par le docteur G. Norström. 1 vol. in-8o. — Prix : 2 francs.

Ces ouvrages se trouvent à Paris chez Lecrosnier et Babé, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons cliniques sur la grippe, à propos de l'épidémie de 1889 et 1890, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le docteur A. Villard.

Cet ouvrage se trouve à Paris, chez G. Masson, éditeur, 120, boulevard Saint-Germain.

De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Etude de pathologie nerveuse et mentale, par le docteur Marius Feyat. Broch. gr. in-8o de 90 pages. — Prix : 2 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Le Gérant : G. Richelot.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital Necker. — Professeur PETER.

Gastralgie et gastralgiques.

(*Leçon revue par le professeur.*)

Il y a des affections de l'estomac qui se rapprochent des maladies nerveuses. Telle est la gastralgie, dont je vous ai déjà dit un mot, et que j'appellerai volontiers la « névrose circulaire de l'estomac », car elle commence au pneumogastrique et y aboutit..

Elle est caractérisée, en effet, par des troubles de la sécrétion du suc gastrique.

Le fait primitif est la surexcitabilité du nerf vague; le fait consécutif est la sursécrétion du suc gastrique et le fait terminal est la vive douleur que provoque cette sursécrétion sur ce pneumogastrique surexcitable.

Normalement, la sécrétion du suc gastrique est proportionnelle aux besoins de la digestion; anormalement, il y a trop de suc gastrique sécrété (c'est la « polygastrie ») ou trop peu (c'est « l'oligogastrie »).

Trop peu de suc gastrique, ce sera la *dyspepsie atonique indolore;* trop de suc gastrique, c'est la *dyspepsie douloureuse.* La digestion est une affaire d'*offre* de suc gastrique de la part de l'estomac et de *demande* de suc gastrique de la part des aliments. Si l'offre est proportionnelle à la demande, la digestion est normale; si l'offre est insuffisante, il y a la dyspepsie atonique; si l'offre est exagérée, il y a dyspepsie douloureuse ou gastralgie; la gastralgie n'est d'ailleurs qu'un phénomène consécutif : tout d'abord le suc gastrique attaque l'aliment, mais comme il est en quantité excessive, le surplus attaque la muqueuse et se met à manger l'estomac. C'est ainsi que les gastralgies aboutissent avec le temps chez les uns à la gastrite chronique, chez d'autres à l'ulcère simple et même à la perforation, le suc gastrique ayant complètement dévoré une portion de la paroi.

J'ai dit que ces troubles dérivaient d'une surexcitabilité du pneumogastrique entraînant la suractivité, et, en effet, tous ces malades sont des nerveux, des migraineux, ou bien ils sont nés d'une mère hystérique ou chlorotique, ce que j'appelle des « ratés ». Dans ces conditions, le nervosisme est très développé et provoque les perturbations les plus diverses; ici des troubles digestifs, là une véritable folie du sympathique et parfois le goître exophthalmique. Je vous raconterai quelques faits à l'appui de cette assertion.

Je reviens d'abord, avec plus de détails, sur un malade dont je vous ai déjà dit un mot. C'est un homme robuste, âgé de 51 ans, garde-chasse,

qui entra dans notre service et sortit, deux mois après, guéri. Il était entré le 7 décembre 1889. Quand nous le vîmes, il était couché sur le ventre, comme sous le coup d'une colique de plomb. Les yeux étaient hagards; le malade accusait une douleur intolérable, constante, au creux de l'estomac, douleur due à la persistance de la gastralgie. Mais, la douleur étant un phénomène purement subjectif et cet homme paraissant exagérer son état, nous crûmes avoir affaire à un simulateur. Mais nous fûmes bientôt détrompés. C'était une gastralgie avec excès de sécrétion du suc gastrique. Dans ses antécédents, on trouvait que sa mère avait beaucoup souffert de la même affection. Il y avait là quelque chose de familial, d'héréditaire.

Il était intéressant de remarquer que, malgré la longue durée de l'affection, cet homme n'avait pas dépéri; il conservait son appétit (la conservation de l'appétit est la règle; il peut même y avoir de la boulimie). Notre homme n'était d'ailleurs pas alcoolique. Dès 1883 il avait commencé à souffrir au niveau du creux épigastrique. Les douleurs s'irradiaient à l'hypochondre gauche et au cou. Elles étaient intermittentes et survenaient, en général, une heure après le pas. Cela a besoin d'explication : dans la première partie de la digestion stomacale, les aliments subissent encore l'action de la diastase salivaire; ce n'est qu'une heure après que l'acide chlorhydrique apparaît dans le suc gastrique et que les aliments sont attaqués par la pepsine. Chez notre garde-chasse la première partie de la digestion était indolore; quand l'acide chlorhydrique apparaissait en excès, il attaquait les aliments et même la muqueuse et provoquait de la douleur par suite d'une véritable brûlure chimique, la brûlure de l'acide chlorhydrique. Mais heureusement une sécrétion de mucus venait diluer l'acide ou bien l'instinct indiquait au malade de boire pour délayer cet acide.

Donc, cet homme souffrait une heure après le repas et la douleur cessait avec la digestion. Plus tard, il souffrait davantage, même dans l'intervalle des repas, par suite d'une folie sécrétoire presque continue de son pneumogastrique.

Le suc gastrique et l'acide chlorhydrique sont alors sécrétés même en dehors des digestions, et ainsi les malades sont réveillés par la souffrance au milieu de la nuit, l'estomac étant vide. Il a suffi parfois d'un rêve, de la pensée des aliments pour provoquer cette douleur; de même que l'on constate, chez le chien, à fistule stomacale, que la vue seule de la viande fait pleuvoir le suc gastrique à la surface de l'estomac. C'est ainsi que ces malades, après avoir souffert au moment des repas, souffrent plus tard au milieu de la nuit. Alors ils usent d'un subterfuge naturel; ils prennent un morceau de pain, de chocolat, ou ils boivent, et la douleur cesse, ou parce qu'ils ont fourni un aliment à ce suc gastrique qui ne savait que faire, ou parce qu'ils l'ont délayé dans l'eau. Malgré tous ces troubles, l'appétit reste bon; le malade ne vomit pas, ou du moins, si plus tard les vomissements surviennent, ils sont dus à une révolte de l'estomac. Le malade rejette l'aliment et le suc gastrique surabondant.

Les vomissements sont d'abord composés de substances alimentaires; ils peuvent aussi devenir bilieux. Quelquefois même, ils contiennent du sang, c'est le début de l'ulcère simple; l'irritation est allée jusqu'à l'érosion. Chez notre malade, il y eut, une nuit, des vomissements de sang d'une grande abondance. Il était sur le chemin de l'ulcère simple; tout s'est heureusement réparé par des soins hygiéniques; pendant longtemps, il n'a pris que du lait, des œufs, un peu de viande. Il s'est ainsi remis peu à peu,

et la vie est devenue tolérable. De 1883 à 1886, les vomissements sont revenus; ils contenaient, lors des crises douloureuses, un liquide acide qui lui agaçait les dents; parfois, avec ce liquide, il rendait les aliments. Souvent aussi il avait des éructations très acides.

A son entrée ici, il éprouvait une douleur épigastrique très vive et avait parfois des mouvements convulsifs dûs à l'excès de la souffrance. La douleur causait une insomnie presque complète, et cependant l'appétit était à peu près intact; s'il ne mangeait pas, c'était par crainte de la souffrance. C'est ce qu'on observe aussi dans ce que Lasègue a nommé, à tort, l' « anorexie hystérique », car il n'y a pas alors d'anorexie chez l'hystérique dont le pneumo-gastrique est trop irritable; l'aliment provoque de la douleur, aussi se dit-elle: « Eh bien, je ne mangerai pas! » Le mot *anorexie* est donc impropre; le refus de manger n'est dû qu'à la douleur et il y a inanition volontaire par un raisonnement à la Charles VI, lequel, pour ne pas être empoisonné, s'est laissé mourir de faim!

Un symptôme propre à la gastralgie est la douleur, parfois atroce, du plexus solaire, douleur qui retentit sur le pneumogastrique gauche. Alors, ainsi que je l'ai démontré, celui-ci est très douloureux à la pression, au niveau du cou, tandis que le droit ne l'est pas. — Ce qui distingue la gastralgie de l'hépatalgie, où le pneumogastrique droit est douloureux. — Ici, rien n'a manqué; notre malade a présenté tous ces symptômes.

De plus, mon chef de clinique, M. Marfan a procédé, chez lui, à l'examen du suc gastrique par le procédé de Gunzburg. Le malade, après avoir pris la capsule d'iodure de potassium, a craché tous les quarts d'heure dans un verre. Normalement, la réaction, au contact de l'amidon, apparaît au bout d'une heure un quart. Ce temps est abrégé, si l'acide chlorhydrique est en excès, et la présence de l'iode dans la salive est révélée trois quarts d'heure, une heure après l'absorption. Chez notre garde-chasse, c'est trois quarts d'heure après l'ingestion de la capsule que la réaction est apparue. Et comme le lavage de l'estomac soulageait le malade, on a extrait de cette façon de son suc gastrique qu'on a soumis à l'analyse colorimétrique. On y a constaté 3,5 p. 1,000 d'acide chlorhydrique, au lieu de 2 p. 1,000, proportion normale, une heure après le repas.

Il y avait donc hyperchlorhydrie.

Nous avons soumis ce malade au traitement rationnel par le bi-carbonate de soude, donné une heure après l'ingestion des aliments, pour neutraliser l'acide chlorhydrique. Nous avons réussi, car nous avons fait disparaître la douleur et, celle-ci disparue, les digestions sont devenues régulières: à la suite du traitement par le bicarbonate de soude, la réaction par le procédé de Gunzburg n'apparaissait plus qu'une heure un quart après l'ingestion de la capsule d'iodure.

A ce sujet un fait curieux s'est produit; le malade allant beaucoup mieux, on répéta un certain jour l'expérience de Gunzburg, la réaction n'apparut que deux heures après l'absorption de l'iodure. C'était singulier, mais l'on apprit que, dans la seconde moitié de la nuit précédente, le malade ayant beaucoup souffert, avait ingéré beaucoup de bicarbonate de soude, d'où le retard dans la réaction.

Autre cas non moins curieux. J'ai vu, il y a peu de temps, en consultation avec le docteur Roussel, un garçon de 10 ans au type féminin, un de ces garçons dont on peut dire que c'est une fille qui s'est trompée de sexe. Il est issu de parents nerveux, très impressionnables; se lamentant parce que

leur enfant présentait quelques troubles digestifs. Je fus frappé de la nature de ses souffrances ; il avait des vomissements incoercibles (au début c'était seulement une heure ou deux après les repas). — Il accusait aussi une douleur atroce au niveau du plexus solaire et, à la pression, le pneumogastrique gauche était très douloureux ; l'enfant le sentait bien et disait qu'il avait une corde qui lui tirait douloureusement le cou.

Les accidents avaient résisté, comme de raison, à tous les antispasmodiques possibles.

La diète lactée fut sans résultat persistant ; la *diète sèche* fit encore moins bien : elle fit du mal. Car c'est une idée la plus fausse du monde que d'employer alors la diète sèche ; n'y ayant plus de liquide, il n'y a plus rien pour diluer l'acide chlorhydrique, et cet acide en excès aggrave d'autant la gastralgie.

Les vomissements avaient commencé au mois de décembre 1889 et le malade avait momentanément été amélioré, mais non guéri par le régime lacté.

Au 1er février 1890 les vomissements se renouvelèrent, le régime sec n'y fit rien, au contraire.

Le 10 février, l'enfant est envoyé à Cannes; les vomissements persistèrent, malgré un traitement de quarante jours avec la belladone, le bismuth, etc. La maigreur devint extrême. Enfin, on le ramène à Paris; pendant le voyage, il ne vomit pas, ce qui peut être attribué aux distractions de la route.

Le 22 mars, les vomissements redeviennent incoercibles. Je suis appelé, pour la première fois, le 29 mars; je constate la douleur épigastrique (douleur du plexus solaire) et cervicale (douleur du pneumogastrique gauche); je fais appliquer un vésicatoire au creux épigastrique; pendant vingt-quatre heures, le malade ne vomit pas, puis les vomissements se montrent à nouveau; on injecte en solution 5 milligrammes de morphine, qui donnent une somnolence excessive pendant vingt-quatre heures. Je lui avais prescrit, avant les repas, un des cachets suivants :

Bicarbonate de soude	ââ	0 gr. 20 centigr.
Poudre de pepsine		
Poudre de noix vomique		0 gr. 02 —
Poudre d'opium brut		1 centigramme.

Cela peut suffire pour les cas légers ; mais, ici, tout fut impuissant.

Le 3 avril, nouveau vésicatoire qui arrête les vomissements le jour même et le lendemain.

Le 10 avril, je suis appelé de nouveau (confiance que rien jusque-là ne justifiait); j'engageai le docteur Roussel à voir, au préalable, si les matières vomies étaient acides; elles l'étaient, et beaucoup. Alors je donnai le bicarbonate de soude à haute dose, par cuillerée à café, immédiatement avant les repas (ce qui est pratiquement plus commode que de le donner une heure après). En outre, le docteur Roussel avait déjà eu la bonne idée d'ordonner 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne avant chaque repas. Rapidement, les vomissements cessèrent; l'enfant put se lever, se nourrir et même aller en promenade. De nouveau les vomissements revinrent le 28 avril, parce qu'on avait voulu supprimer le bicarbonate de soude, qui fut repris au plus vite.

J'ai su depuis, par une amie de la famille, que l'enfant allait très bien, —

on disait que j'avais « fait un miracle »; — ce qui est vrai, ainsi que me l'apprend le docteur Roussel, c'est que l'enfant est guéri et qu'il va bientôt commencer l'hydrothérapie.

C'était une guérison inespérée, due au bicarbonate de soude à haute dose et donné avant les repas.

J'ai à vous raconter l'histoire d'un autre malade atteint de la même névrose et guéri par les mêmes moyens; mais je la remets à un autre jour.

BIBLIOTHÈQUE

Les anesthésiques. — *Physiologie et applications chirurgicales*, par M. le professeur Dastre. — Paris, G. Masson, 1890.

Depuis 44 années que l'anesthésie est entrée dans la pratique de la chirurgie, tant d'expériences ont été faites sur les substances anesthésiques et tant d'ouvrages ont été écrits à leur sujet qu'il semblerait que la question dût être complètement élucidée; il n'en est encore rien, et cela tient probablement au nombre considérable des publications et à ce fait que chaque chirurgien, instruit par sa pratique personnelle, s'est fait une opinion qui diffère plus ou moins de celle de son voisin, mais à laquelle il tient et dont il arrive à ne plus vouloir s'écarter. De là les discussions qui renaissent de temps en temps au sein des Sociétés savantes à propos d'un accident mortel, et qui ne convainquent personne.

Cependant la vérité doit se trouver au milieu de toutes ces opinions divergentes sur la cause et la nature de l'anesthésie chirurgicale et de ses accidents possibles. C'est pour nous la montrer que M. Dastre a pris la peine de classer, d'analyser, de résumer les nombreux documents écrits sur les différents modes d'anesthésie générale et locale, et de publier le livre intéressant que nous présentons à nos lecteurs en leur recommandant vivement de l'étudier avec soin. Nul n'était mieux préparé par M. Dastre pour ce travail; assistant de Cl. Bernard à l'époque où il exécutait ses recherches sur les anesthésiques, puis suppléant de Paul Bert au moment où se poursuivaient, dans le laboratoire de physiologie de la Sorbonne, les études sur le protoxyde d'azote et sur la méthode des mélanges titrés, il était donc admirablement préparé, par ces études physiologiques, aux applications pratiques; il a pu faire celles-ci dans de nombreuses opérations auxquelles il a assisté, et contrôler ainsi les données théoriques par la clinique. Aussi les conclusions auxquelles est arrivé le savant professeur de la Sorbonne peuvent-elles, d'après notre expérience personnelle de la question, qui est déjà assez grande, pouvoir servir de guide aux aides chargés de chloroformiser les opérés. A propos de chaque agent et de chaque manière de l'employer, M. Dastre en a soigneusement indiqué les avantages et les inconvénients : les mélanges titrés, les méthodes mixtes (morphine et chloroforme, ou mieux morphine et atropine, et chloroforme) dans les opérations de longue durée; le protoxyde d'azote pour celles de courte durée; les injections de cocaïne d'après Reclus, sont actuellement les moyens qui doivent avoir le pas sur les autres.

L.-H. Petit.

Manuel pratique d'hygiène, par le docteur Guiraud, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Steinheil, 1890.

Une des meilleures définitions de l'hygiène est celle qu'Arnould en a donnée : « l'étude des rapports sanitaires de l'homme avec le monde extérieur et des moyens de faire contribuer ces rapports à la viabilité de l'individu et de l'espèce ». Mais à mesure que les « conditions de la vie » sont mieux connues, c'est-à-dire à mesure que certaines autres branches de la médecine — la bactériologie par exemple — viennent révéler de nouvelles causes de morbidité ou donner l'explication exacte de certaines maladies, à mesure aussi que naissent et se développent certaines industries, la manière dont on doit

considérer les rapports sanitaires de l'homme avec le monde extérieur se modifie. L'hygiène est une science d'évolution. Dans un livre nouveau sur l'hygiène, on doit donc tenir compte de toutes les découvertes nouvelles.

A ce point de vue, le livre de M. Guiraud peut être considéré comme des meilleurs. Les questions bactériologiques n'ont pas été négligées, et l'on y retrouve un résumé de toutes les grandes discussions qui se sont récemment élevées sur les sujets qui intéressent au plus haut point la santé publique : prophylaxie de la tuberculose, prophylaxie des grandes maladies infectieuses endémiques ou épidémiques, épuration des eaux d'égouts par le sol, surmenage intellectuel, dangers de certains appareils de chauffage, etc. etc.

Le livre peut être divisé en deux grandes parties : 1° L'hygiène générale, c'est-à-dire 'action « des grands modificateurs de l'organisme » — l'atmosphère, le climat, le sol, — et les conditions ordinaires de la vie — l'habitation, l'alimentation, l'hygiène corporelle. 2° L'hygiène spéciale : hygiène de la première enfance, hygiène scolaire, hygiène professionnelle et industrielle ; enfin le livre se termine par deux chapitres de la plus haute importance sur la prophylaxie des maladies infectieuses et sur les maladies infectieuses exotiques. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un travail intitulé : « Influenza et traumatisme », par M. le docteur Jeannel ;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Luton et relatif à la tuberculose en général, et à son traitement, surtout par les sels de cuivre ;

3° Un mémoire portant pour titre : « Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-90 sur le système nerveux », par M. le docteur H. Bidon (de Marseille) ;

4° Un mémoire sur le dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang, par M. Gréhant (de Paris) ;

5° Un rapport sur la mortalité dans l'arrondissement de Senlis pendant les années 1887, 88, 89, par le docteur Pauthier ;

6° Un mémoire sur la grippe dans la garnison de Givet, par M. Longet.

— MM. BERTIN et PICQ font ouvrir un pli cacheté déposé par eux le 19 janvier 1890, et relatif au *vaccin de chèvre.* Ils ont fait des expériences afin d'établir la possibilité de transporter le vaccin humain sur la chèvre. Ils les continuent afin de déterminer si a tuberculose peut être transportée par le vaccin de la génisse à l'homme, si des énisses vaccinifères rendues tuberculeuses peuvent transmettre la tuberculose par le vaccin ou par le sang.

— M. LABORDE fait une communication sur les *accidents chloroformiques.* Il rappelle que M. Verneuil a dit qu'il ne fallait pas transporter au lit du malade les expériences de laboratoire, car, par exemple, beaucoup de malades chloroformés meurent de syncope et l'on ne peut reproduire cette dernière.

Pour M. Laborde, au contraire, il est facile d'obtenir la syncope chez quelques animaux, le lapin, par exemple.

Il montre à l'Académie qu'en passant sous le nez d'un lapin un bouchon ou une éponge avec quelques gouttes de chloroforme, le cœur s'arrête pendant plusieurs secondes. Cela tient à l'action irritante sur le trijumeau, car, si ce nerf est coupé, l'action ne se produit plus. Le cœur est moins atteint par l'éther, il ne l'est pas par le chlorure de méthylène.

Quand, en même temps que le trijumeau, on a coupé le laryngé supérieur, on peut

non seulement faire respirer le chloroforme à l'animal, mais lui badigeonner l'arrière-gorge, la pituitaire, le larynx, sans arrêter le cœur.

Ni la morphine, ni l'atropine n'ont pu empêcher l'arrêt du cœur. Il existe une substance qui empêche ce réflexe cardiaque de se produire, et M. Laborde exposera, dans la prochaine séance, les expériences qu'il a faites à ce sujet.

M. Verneuil persiste à penser que les expériences de laboratoire ne peuvent ni expliquer, ni apprendre à empêcher les accidents dus au chloroforme. Chez l'homme, il y a des états pathologiques qui sont des contre-indications, la tuberculose, par exemple. Les deux morts qu'il a eues par le chloroforme se rapportent à deux tuberculeux.

Les maladies du cœur sont aussi très dangereuses.

Les individus que l'on chloroformise meurent parfois quand on approche la compresse de leur bouche ; il n'en est pas de même des animaux. Les procédés de chloroformisation qu'ont proposés les physiologistes ne valent pas la simple compresse que M. Verneuil préfère à tout et que l'on peut approcher peu à peu. Les injections de morphine jointes au chloroforme rendent le sommeil beaucoup trop profond et il est extrêmement dangereux d'associer la morphine et l'atropine.

Pour M. Laborde, la mort par contracture de la glotte se voit aussi chez les animaux que l'on peut expérimentalement rendre malades.

Il apportera des documents nouveaux dans la prochaine séance.

— M. Fabre (de Commentry) lit un travail sur la *pathologie des houillères.* La pathologie des mineurs est excessivement variée, car, en dehors du traumatisme, les maladies des mineurs se développent sous l'influence du manque d'oxygène, de l'humidité, des émanations délétères, de la chaleur trop élevée dans certains points, de l'abondance des poussières. Le nom d'anémie des mineurs, par lequel on désigne l'état de ces ouvriers, ne doit pas être conservé, et d'ailleurs les globules sanguins sont presque toujours en nombre normal, mais sont atteints dans leurs fonctions.

Aujourd'hui les conditions sanitaires dans les mines sont bien différentes de ce qu'elles étaient autrefois.

Depuis qu'une ventilation soignée, énergique, sérieusement surveillée, est installée presque partout, depuis que les galeries sont plus vastes et que ce sont des chevaux qui opèrent à peu près tout le traînage souterrain des bennes de charbon (traînage effectué jadis par des hommes, mais surtout par des enfants, et trop souvent par des femmes); depuis que l'entrée même des galeries est interdite presque dans tous les pays aux femmes et aux enfants en bas âge, depuis, enfin, que la descente au fond des mines et la montée au jour ne se font plus par des échelles fixes, l'hygiène des houillères s'est considérablement améliorée. Elle est aujourd'hui presque excellente; mais elle n'est arrivée à ce degré relatif de perfection que peu à peu, et à mesure que s'opéraient l'une après l'autre les réformes.

Aussi ne peut-on plus dire qu'il existe une maladie ou des maladies des mineurs; ce n'est que lorsqu'un ouvrier reste longtemps exposé à l'action continue, incessante de telle ou telle influence particulière qu'il arrive à présenter certains phénomènes accidentels, exceptionnels et fort discutables.

C'est pourquoi, quelles que soient les objections d'ordre technique que puissent opposer les exploitants, il importe que les directeurs de mines finissent par se résigner à établir un roulement des ouvriers dans les chantiers malsains, roulement plus ou moins rapide suivant les conditions sanitaires du chantier.

— M. Tarnier présente un enfant de huit jours porteur d'un *kyste séreux* du cou probablement multiloculaire.

— M. Le Roy de Méricourt lit un rapport sur le travail de M. le docteur Commenge.

— La séance est levée et l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouchard sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Cadet de Gassicourt; en deuxième ligne et *ex æquo*, MM. Dieulafoy et Duguet; en troisième ligne, M. Kelsch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Hernie de l'ovaire. — Traitement des cancers du rectum.

M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Chénier (de Limoges) relative à un cas de *tumeur fibreuse de la région fessière constituée par une hernie de l'ovaire.* L'ovaire formait une hernie ischiatique à la fesse droite et le volume de la tumeur était assez considérable. On avait pensé à un lipome avec hernie, à un abcès profond. La malade, âgée de 40 ans et d'une très bonne santé, supporta parfaitement l'opération. Le pédicule fut suturé à la plaie et la malade guérit rapidement. Il est possible que la hernie se soit produite à la suite des nombreuses grossesses qu'avait eues la malade. Ce genre de tumeur est des plus rares.

— M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Poisson (de Nantes), qui a fait l'ablation d'un *cancer du rectum* par la méthode de Kraske. Le malade était âgé de 70 ans et le bord inférieur du cancer n'était qu'à 4 centimètres de l'anus. Après désinfection probablement incomplète du tube intestinal par le naphtol β à l'intérieur, on fit l'opération, qui présenta un certain nombre de difficultés. La séparation du rectum, de la prostate et des vésicules ne fut menée à bien que péniblement. On ne put faire la suture du rectum qu'avec un seul plan de fils de catgut chromiqué. Il fallut aussi fermer le péritoine, qui avait été ouvert. A la peau, on appliqua un double plan de sutures et deux drains furent placés, l'un entre le rectum et la peau, l'autre dans le rectum. Des accidents de phlegmon infectieux apparurent quarante-huit heures après l'opération, et le malade mourut le huitième jour de septicémie.

Pour M. Routier, la mort est due à l'âge avancé du malade, à la situation très basse du cancer, à la fermeture complète de la plaie en arrière et, enfin, à l'insuffisance d'un seul plan de sutures intestinales ; il aurait fallu en faire deux.

M. Routier rappelle qu'il a, il y a quelques mois, communiqué à la Société la relation d'une opération de Kraske ; il n'y a pas encore de récidive. Récemment, il a pratiqué de nouveau cette opération sur un malade âgé de 62 ans dont le cancer était situé à 12 centimètres de l'anus. L'acte opératoire fut long et difficile, et le malade mourut de septicémie le septième jour, malgré les plus grandes précautions prises pour prévenir l'infection.

Malgré ces deux insuccès dus à la même cause, M. Routier ne croit pas qu'il faille rejeter l'opération ; elle comporte des indications spéciales qu'il faut bien connaître.

M. Verneuil regarde l'extirpation d'un cancer du rectum comme contre-indiquée chez les vieillards. Chez eux, il faut recourir à une opération palliative, l'anus iliaque, qui est une infirmité supportable dont on a exagéré les inconvénients. Plusieurs des malades de M. Verneuil ont un anus iliaque depuis deux ans et plus, et ne s'en plaignent pas trop.

On peut faire l'extirpation du rectum, d'une manière générale, lorsque l'on est sûr de dépasser les limites du mal. Si le péritoine doit être ouvert, il y a peu de chances de succès, car alors, ou bien l'on ne peut enlever complètement le cancer, et la récidive est immédiate, ou bien l'ablation totale est possible, mais la mortalité est très élevée, puisqu'elle atteint 22 p. 100.

Deux fois M. Verneuil a fait l'ablation du cancer par la voie sacrée et son procédé se rapproche de celui de Kraske. Du reste, il y a trente ans qu'il a préconisé la résection du coccyx. On s'est borné à y joindre celle d'une portion du sacrum. Quand on se décide à opérer de cette façon, il faut que l'anus soit intact et que le cancer ne remonte pas trop haut.

M. Verneuil communique l'observation d'une de ces opérations faite l'année dernière. En opérant, il reconnut que le cancer descendait beaucoup plus bas vers l'anus qu'il ne l'avait cru ; il enleva alors la partie inférieure de l'intestin tout entière et sutura à la peau le bout supérieur de l'organe ; il n'a pas fait de réunion en avant et en arrière et

a bourré les plaies de gaze iodoformée. La cicatrisation est survenue sans accidents après suppuration. Il n'y a pas encore de récidive.

L'ablation du rectum est plus facile chez la femme, à cause de l'absence de la prostate. M. Verneuil n'est pas partisan de l'anastomose intestinale que pratique Kraske.

M. Quénu fait remarquer que la voie sacrée permet d'enlever des cancers situés très haut et de conserver le sphincter anal eu réunissant les deux bouts de l'intestin. Il a fait l'opération de Kraske une fois sur un malade de 56 ans. En avant, le décollement des sutures a été facile, mais, en arrière, la dissection fût pénible, surtout au niveau du mésorectum. Quand il voulut faire descendre l'intestin, la muqueuse venait seule, et il dut enlever toute la partie de l'intestin qui n'avait pas de mésorectum et sectionner ce dernier assez haut. L'S iliaque ne put alors être abaissée suffisamment pour permettre de faire la suture circulaire des deux bouts, et, finalement, M. Quénu fit un anus sacré. Le malade mourut de shok.

M. Schwartz a fait l'opération de Kraske sur un homme de 56 ans qui avait un cancer annulaire siégeant à 4 centimètres au-dessus de l'anus.

La libération du rectum fut facile ainsi que l'enlèvement de la tumeur, mais le bout inférieur n'avait plus alors que 3 centimètres et la suture fut difficile à pratiquer, car il dut sectionner en arrière le bout anal et l'étaler tout en laissant le sphincter intact. Le quatrième jour, une débâcle formidable entraîna la rupture des sutures, et le malade mourut de septicémie.

Dans un second cas, M. Schwartz, pour éviter les accidents dus à la débâcle, créa d'abord un anus iliaque. Mais cet anus lui permit de reconnaître que la tumeur n'était pas mobile au niveau du promontoire. Il renonça alors à l'ablation.

M. Gérard Marchand a fait deux fois l'opération de Kraske et a eu deux succès. Dans le premier cas, la dissection fut assez difficile; de plus il y eut une petite fistule stercorale due peut-être à la contracture du sphincter anal et que l'on pourrait éviter par la dilatation de l'anus faite le jour de l'opération.

Dans sa deuxième opération, M. Gérard Marchand dut aussi fendre le bout supérieur de l'intestin pour pouvoir faire la suture. Il regarde l'opération de Kraske comme excellente.

M. Terrier a fait l'opération sur un vieillard âgé de 60 ans, et très anémié. Il put désinfecter complètement l'intestin par la diète lactée et l'administration longtemps continuée du naphtol. Cette désinfection est très importante et exige des soins méthodiques. Il faut, pour empêcher les matières de souiller la plaie, bourrer l'intestin et y placer une grosse sonde. M. Terrier put facilement opérer son malade, mais il se forma une petite fistulette; la suture de l'intestin doit être faite avec des fils de soie, de préférence au catgut.

L'opération de Kraske est surtout recommandable, parce qu'elle permet de conserver le sphincter anal et que les malades, guéris, vivent comme tout le monde.

M. Routier partage cette opinion, car il regarde l'anus iliaque comme une infirmité très désagréable. De plus, l'opération de Kraske empêche l'incontinence et n'est pas suivie de rétrécissements. La désinfection du rectum doit être faite très soigneusement, et il faut se servir de fils de soie pour les sutures.

— M. Kirmisson lit un rapport sur la statistique des opérations faites par M. Bois (d'Aurillac) en 1889.

— M. Ricard présente un malade atteint de *luxation traumatique de la hanche irréductible*. Il a réséqué la tête du fémur, évidé la cavité cotyloïde et placé le col du fémur dans cette cavité.

— M. Delens montre une malade atteinte de *névrome plexiforme* de la paupière supérieure.

— M. Routier montre une pièce d'*ostéo-sarcome du fémur*; la maladie avait débuté une quinzaine d'années auparavant et il dut désarticuler la cuisse. Il montre ensuite un

kyste de la partie externe de la trompe dont le pédicule était plusieurs fois tordu sur lui-même.

— M. de Moe présente des *instruments en usage dans l'armée des Indes.*

— M. Terrier montre un *kyste hydatique du grand épiploon* qu'il a enlevé chez une femme qui avait une péritonite consécutive. On avait pensé à la salpingite, à un kyste de l'ovaire. Après enlèvement du kyste et résection d'une grande portion de l'épiploon, M. Terrier nettoya la cavité péritonéale à fond et râcla même la séreuse avec la curette. Il draina, et actuellement la malade va bien. Les ligatures sur l'épiploon enflammé sont très difficiles à faire, parce que les tissus se coupent; il faut donc éviter de trop serrer les fils.

FORMULAIRE

Injection antiblennorrhagique. — Brou.

Opium brut......................	0 gr. 50 centigr.
Cachou pulv......................	0 gr. 20 centigr.
Safran......................	1 gramme.
Eau bouillante......................	200 grammes.

Faites infuser, passez et ajoutez :

Acétate de plomb cristall.........	1 gr. 50 centigr.
Sulfate zinc crist..................	3 grammes.

F. s. a. une solution pour injections, contre la blennorrhagie. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale, de chefs de clinique des maladies des enfants et de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira le lundi 23 juin 1890, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire; 2° pour le clinical des maladies des enfants, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinicat obstétrical, à la nomination d'un chef de clinique titulaire.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 15 juin 1890. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : 1° pour le clinicat médical et le clinicat des maladies des enfants, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours; 2° pour le clinicat obstétrical, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — Le jury se compose de MM. les professeurs Farabœuf, Richet, Lefort, Lannelongue et M. Duval; juges suppléants : MM. Duplay et Guyon. L'épreuve écrite aura lieu le 27 mai. — *Concours de l'adjuvat* d'anatomie. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Guillemain, Jacob, Arrou, Lafourcade et Blaise.

Certificats médico-légaux délivrés dans les cas d'accidents. — Quand un blessé a été

transporté dans un hôpital, les commissaires de police sont dans l'usage de demander aux médecins un certificat constatant la nature et la gravité des blessures de la victime. Des difficultés s'étant produites à ce sujet (affaire récente de l'hôpital de la Pitié, service de M. le professeur Lefort), M. Banaston, procureur de la République, s'est concerté avec M. le directeur de l'Assistance publique sur les mesures à prendre en pareil cas. Il a été décidé ce qui suit : Quand un certificat médical sera nécessaire, les commissaires de police devront adresser une réquisition écrite au directeur de l'hôpital. Le directeur fera parvenir la réquisition écrite au médecin qui devra rédiger le certificat, et le médecin remettra ensuite le certificat directement au directeur. Celui-ci payera ou fera payer au médecin ses honoraires et les réclamera ensuite au commissaire de police. Les médecins sont autorisés à *désigner un interne* pour la rédaction du certificat. M. Banaston a donné aux comissaires de police l'ordre de l'aviser des contestations susceptibles de se produire. Le procureur de la République exprime l'espoir que les résolutions prises ne donneront naissance à aucune difficulté et qu'il sera inutile dorénavant de confier à des médecins étrangers l'examen des malades en traitement dans les hôpitaux.

Bibliothèque pour les médecins de campagne. — Il y a, dans les lignes qui suivent, une idée généreuse que nous voudrions voir porter tous ses fruits, et à laquelle nous nous associons pleinement :

« M. le docteur van Weddingen (de Stewoort) a entrepris une croisade généreuse en faveur des médecins de campagne, les déshérités de la profession, pour lesquels il voudrait voir fonder une bibliothèque dans chaque chef-lieu de province. Les livres de médecine coûtent cher, il en paraît de nouveaux à acheter tous les jours, le nouveau du jour est vieux le lendemain et les collections réunies à grands frais il y a quinze ou vingt ans sont devenues fossiles. Le praticien du village n'est pas riche et la dureté du temps lui rend tous les jours la lutte pour l'existence plus ardue. Il importe cependant qu'il puisse se tenir au courant des progrès de la science, non pas dans une seule direction, comme son confrère le spécialiste des grandes villes, mais dans toutes les directions indistinctement : appelé à tout traiter, il doit tout connaître. C'est pour lui un devoir et pour sa clientèle une nécessité. M. van Weddingen engage ses confrères à s'associer dans le but de se procurer les instruments du travail. Il sait bien que leurs cotisations annuelles ne peuvent pas fournir des ressources suffisantes, mais il espère que la province, le gouvernement et les heureux de la profession ne refuseront pas un généreux concours à l'œuvre pour l'aider à vivre et peut-être même la faire prospérer. Il n'est pas de citoyen plus utile et plus méritant que le médecin de campagne; il n'en est pas qui se trouve plus absolument à l'abri de toutes les faveurs gouvernementales, et lorsqu'il demande des livres, il semble que l'assistance du Trésor public, — qui ne fait défaut ni aux sociétés, ni aux orphéons, — ne doive pas lui être marchandée. »

(*Revue médicale de Louvain.*)

Concours du bureau central de chirurgie. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Broca et Walther. Toutes nos félicitations aux deux jeunes chirurgiens.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès de Limoges* (7-14 août 1890). — Le prochain Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences doit se réunir à Limoges du 7 au 14 août 1890. On est prié de faire connaître, le plus tôt qu'il sera possible, les titres des mémoires ou communications qu'on a l'intention d'y présenter, afin que le programme de la session qui paraîtra très prochainement en contienne l'indication. Prière d'adresser les lettres au secrétaire du Conseil, 28, rue Serpente, à Paris, ou au président de la section, 11, rue de Médicis, à Paris, pour la partie anthropologique.

Association de la presse médicale française. — Le 5e dîner statutaire de l'*Association de la presse médicale* a eu lieu le vendredi 9 mai, restaurant Marguery, sous la présidence de M. de Ranse, syndic. L'élection de M. le docteur Bilhaut, rapportée par M. le docteur Laborde (parrains : MM. Gillet de Grandmond et Lucas-Championnière) a été ratifiée par l'assemblée. D'après les statuts, un syndic, M. le docteur Cézilly, soumis à la réélection, a été renommé syndic pour une période de 3 années. La réunion, après s'être

entretenue de divers sujets d'intérêt général, a décidé que des démarches seraient faites par les syndics auprès des compagnies de chemins de fer, du président du syndicat de la presse et des présidents des expositions du Champ de Mars et du Salon des Champs-Elysées, pour obtenir certaines facilités pour les membres de l'Association. Il a été question de la nouvelle Policlinique de la rue Mazarine, sur laquelle divers membres ont fourni des renseignements. On a décidé que, dans certaines occurrences, des représentants de la presse médicale étrangère pourraient être invités aux dîners.

L'Institut Pasteur a New-York. — Le docteur Paul Gibier a fondé à New-York un Institut pour le traitement préventif de la rage par la méthode de Pasteur. L'ouverture de l'Institut a eu lieu le 18 février dernier.

Du 20 février au 31 mars 1890, 30 personnes mordues sont venues réclamer le traitement. 9 seulement ont reçu les inoculations préventives. Dans 3 cas, la rage des chiens mordeurs a été démontrée expérimentalement par l'inoculation du bulbe à d'autres animaux. Dans les 6 autres cas, la rage était seulement très probable, les chiens ayant disparu ou ayant été tués sans que leur corps ait été envoyé à l'Institut.

Les 9 personnes inoculées sont actuellement en bonne santé.

Congrès international des femmes-médecins. — Les doctoresses de Chicago ne voulant pas rester en arrière de leurs confrères hommes, ont résolu de tenir, soit en 1892, soit en 1893, un Congrès international de médecine. Un comité va être constitué incessamment et des circulaires seront envoyées dans le monde entier.

Distinction honorifique. — M. le docteur Carle (de Montélimar) vient d'être nommé officier d'Académie. (Voyage du Président de la République à Montpellier).

— M. le docteur Ledru, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, médecin adjoint du lycée de Clermont, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Grandclément, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Grandclément, médecin du lycée de Clermont, est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Ledru, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Fleury, chirurgien du lycée de Clermont, est nommé chirurgien consultant audit lycée.

— M. Saint-Remy a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, le 27 mai 1890, à dix heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Contribution à l'étude du cerveau chez les arthropodes trachéales. »

Exercice illégal de la médecine. — Le tribunal correctionnel de Lyon vient de condamner le sieur Nizier Philippe à 46 amendes de 15 francs chacune, à raison de 46 faits d'exercice illégal de la médecine relevés contre lui.

Promotion. — Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, est promu à la première classe (7,000 francs) M. le professeur Pierret, médecin en chef de l'asile de Bron.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — L'**Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine*).

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La leçon d'ouverture du cours de clinique chirurgicale de M. le professeur Duplay à la Charité lui a fourni l'occasion d'une déclaration de principes qui, comme nous le disions récemment de celle de M. le professeur Guyon, vient encore à l'appui des opinions exprimées par MM. Verneuil, Trélat et Le Fort sur les tendances de certains chirurgiens modernes à préférer la médecine opératoire à la thérapeutique chirurgicale.

Tout en se déclarant partisan de l'antisepsie, M. Duplay a mis son auditoire en garde contre les abus qu'on peut faire de la doctrine listérienne quand on néglige de poser le diagnostic avant de prendre le bistouri. Peut-être un diagnostic précis, dans des cas où on se contente de dire : « gros ventre; — sein à enlever », permettrait-il de diriger la thérapeutique dans un tout autre sens. Toutes les connaissances acquises dans les procédés d'investigation de l'organisme doivent être mises à contribution pour poser le diagnostic; il n'en faut négliger aucun, pas plus la bactériologie que les autres.

Nous n'avons pas à insister sur ces idées, que nous avons exposées ré-

FEUILLETON

CAUSERIE

Hypnotisme, exercice illégal de la médecine et escroquerie panachés.

La jolie petite ville de Nivelles, déjà célèbre par un nommé Jean et par son chien, qui, dit la légende, jouissait de la propriété fâcheuse de se sauver quand on l'appelait, était, dans ces derniers temps, le repaire d'une bande de charlatans qui exploitait l'arrondissement et pays circonvoisins; sous prétexte de consultations médicales, ces messieurs, sous le nom de *spirites*, simulaient le sommeil hypnotique, et dans cet état, comme les somnambules d'autrefois, reconnaissaient les maladies les plus cachées et prescrivaient les remèdes les plus inefficaces.

L'an dernier, l'un deux, un certain Blanpain, fut poursuivi pour exercice illégal de l'art de guérir et escroquerie; il fut condamné à 60 francs d'amende du premier chef et acquitté du second. Pour se mettre à l'abri d'une nouvelle contravention, il fit appel à l'esprit malin qui lui soufflait ses diagnostics et ses formules, et celui-ci, bon diable au fond, puisqu'il jouait en cela un bon tour à la magistrature, lui conseilla de s'associer un docteur en médecine; ce qu'il y a de plus fort, c'est qu'il se trouva un confrère assez mourant de faim pour accepter ces fonctions peu honorables, et le charlatan, à l'abri du diplôme de son associé, put continuer impunément sa lucrative industrie.

cemment encore dans notre *Bulletin*; elles sont celles de la majorité des chirurgiens français; et si nos maîtres les répètent si souvent aujourd'hui, ce n'est pas tant pour retenir leurs collègues, assagis par l'expérience, que pour instruire les futurs chirurgiens et leur enseigner les voies dans lesquelles ils devront marcher pour contribuer à maintenir la bonne renommée de l'Ecole française. Sans doute, à toutes les époques, il y a eu et il y a encore de bruyantes exceptions; il ne faut pas les prendre pour la règle, mais dire et répéter que les chirurgiens français ne reculent devant aucun acte opératoire, à condition que l'utilité leur en soit démontrée par un diagnostic clinique précis et qu'ils savent l'exécuter avec toute l'antisepsie désirée par la chirurgie moderne.

Les fêtes données à Montpellier à l'occasion du sixième centenaire de l'Université ont appelé dans cette ville les délégués de nombreuses Universités étrangères. C'est la continuation du grand mouvement de fédération universelle des étudiants qui a commencé il y a quelques années à Bologne et qui s'étend chaque année. Berlin, Leipsig, Baltimore, Oxford, Prague, Gand, Liège, Copenhague, Athènes, Amsterdam, Groningue, Leyde, Rome, Modène, Bologne, Christiania, Coïmbre, Helsingsfors, Upsal, Stockholm, Bâle, Berne, Lausanne, Genève, Neufchâtel, Zurich, etc., étaient représentés à ces fêtes, auxquelles a assisté le président de la République. De nombreux discours ont été prononcés, vantant à l'envie les bienfaits de l'instruction et de la solidarité entre étudiants de tous les pays.

Les étudiants étrangers pourront dire que la solidarité, telle qu'elle est comprise en France, n'est pas un vain mot, car non seulement ils ont toujours été accueillis chez nous avec la plus grande bienveillance, mais encore il vient de se former à Paris un *Comité de patronage des étudiants étrangers*, siégeant à la Sorbonne et ayant pour but, entre autres, de donner à ces jeunes gens, à leur arrivée à Paris, toutes les informations nécessaires et, pendant leur séjour, un appui moral. Les noms qui le composent sont un sûr garant de sa solidité : MM. Pasteur, président; Boutmy,

---

Le mauvais exemple, vous le savez aussi bien que moi, ne tarde pas à être suivi, aussi bien en Belgique qu'en France, et c'est ce qui arriva. Indépendamment du docteur, le sieur Blanpain avait un autre associé, qui avait pour fonction de le magnétiser.

Un beau jour, le magnétisé et le magnétiseur se brouillèrent. Pourquoi? peu importe; le fait est qu'ils se brouillèrent. Le magnétiseur, nommé Van Devoir, (ou Van Devoer), Sylvain de son petit nom, ex-garçon épicier, ouvrit à son tour un cabinet de consultations; mais, moins avisé ou plus téméraire que son ex-associé, il omit la précaution de se munir du bouclier tutélaire qui, sous la forme d'un parchemin doctoral, couvrait si bien les agissements frauduleux du sieur Blanpain. Comme vous connaissez le public, vous ne serez pas étonné d'apprendre que, dès les premiers jours de son installation, le nommé Van Devoir (Sylvain) vit accourir une nombreuse clientèle. D'après une déclaration faite plus tard au tribunal, qui eut l'indiscrétion inconcevable de se mêler de l'affaire, on peut évaluer à une centaine le nombre quotidien des consultants.

La mise en scène était bien faite pour les tromper. Imitant son maître et prédécesseur Blanpain, Van Devoir se faisait endormir au moyen de passes (dans toute comédie les gestes sont nécessaires) par un comparse qui était son beau-frère, le nommé Detrez, et c'est pendant son sommeil plus ou moins magnétique qu'il traitait les malades. Ces derniers, pas plus qu'avec les vraies somnambules, n'avaient pas d'ailleurs besoin de se présenter eux-mêmes; ils pouvaient se contenter d'envoyer un linge tenu quelque temps au contact de leur corps; Van Devoir y voyait l'affection dont ils souffraient et prescrivait un remède approprié — qui guérissait s'il pouvait.

Lamy, Lavisse, P. Melon, G. Picot, A. Sorel, M. de Vogué. Mais, pourquoi n'y a-t-il pas un représentant de la Faculté de médecine?

— La discussion sur l'anesthésie chirurgicale menace de reprendre à l'Académie de médecine. M. Laborde a-t-il trouvé un nouveau procédé, basé sur des expériences physiologiques chez les animaux, pour administrer sans danger le chloroforme chez l'homme? Oui, dit-il. M. Verneuil en doute, et croit que le procédé qui lui a réussi toujours, sauf trois exceptions, depuis quarante ans, réussira toujours quand on l'emploiera sur des sujets sains, et qu'il pourra provoquer des accidents graves, jusqu'à la mort même, si on pratique l'anesthésie sur des sujets atteints de lésions étendues des poumons ou du cœur. Les associations de morphine et d'atropine au chloroforme, que réprouve M. Verneuil, ne plaisent pas davantage à M. Laborde, malgré l'opinion favorable de M. Dastre, qui les a défendues avec talent dans son livre sur les anesthésiques, dont nous avons rendu compte récemment; et nous savons que notre excellent directeur L.-G. Richelot, qui les a employées à l'hôpital pendant deux ans, y a renoncé, parce que, si elles ne faisaient pas de mal, elles ne semblaient pas non plus avoir grande utilité. Avec ou sans morphine et atropine, la chloroformisation n'était ni plus ni moins accidentée, dépourvue de période d'excitation avant l'anesthésie, ni de vomissements après. — L.-H. P.

Du pouls des veines pulmonaires dans l'insuffisance mitrale.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 26 avril 1890,

Par P. Duroziez.

Le pouls des veines pulmonaires correspond pour les cavités gauches au pouls veineux des cavités droites; tout ce qui est observé à droite doit se reproduire à gauche avec la différence des organes. A droite, nous notons le pouls présystolique ou systolique des jugulaires, les claquements vei-

---

Mais tout a une fin, l'exercice illégal de la médecine comme les roses, et, un beau jour, le Parquet vint interrompre Van Devoir et Cie dans leurs opérations pseudo-hypnotico-médicales. Espérant éviter la contravention, ils cherchèrent de suite un médecin, et, aussi heureux que Blanpain, ils en trouvèrent un *ejusdem farinæ* (deux en Belgique !) du nom de Carlier, docteur comme l'autre, qui, comme l'autre, consentit à couvrir de son diplôme cette exploitation et, poussant les choses plus loin (*audaces fortuna juvat*), baptisa l'établissement du nom d'*Institut médico-magnétique.*

Mais il était trop tard; cette inoculation, après la morsure de dame Justice, n'eut pas les mêmes effets que contre les morsures rabiques; au contraire, il eut même un effet intensif, car non seulement les prévenus furent poursuivis, mais le nouvel adhérent, le docteur Carlier, y fut englobé. Mais n'anticipons pas. Le Parquet poursuivit donc quand même Van Devoir et Detrez non pas pour exercice illégal de la médecine, car, à la vérité, la médecine n'avait qu'une bien petite part dans l'affaire, mais pour escroquerie, ce qui se rapprochait beaucoup plus de la vérité. Le Parquet se montrait aussi sévère que juste, car la condamnation du chef d'escroquerie est beaucoup plus élevée que celle pour contravention à la loi sur l'art de guérir, qui n'entraîne, en Belgique, que 60 francs d'amende; il chargea de l'expertise M. le docteur Masein, professeur de physiologie à l'Université de Louvain, membre de l'Académie de médecine de Belgique, bien connu pour de nombreux travaux sur l'hypnotisme, et M. le docteur Schoffs (de Nivelles).

Des expériences auxquelles se sont livrés les médecins légistes, il résulte à l'évidence que Van Devoir simulait le sommeil magnétique; comme il n'était pas encore passé

neux des golfes et de la veine crurale, les battements et la congestion du foie, des reins, l'œdème. A gauche, le même pouls existera dans les veines pulmonaires; nous trouverons dans le poumon la même congestion, le même œdème. L'air sera chassé des alvéoles et des petites bronches; le poumon perdra son élasticité, sa mollesse, se carnifiera, le doigt ne pourra plus pénétrer son tissu. La congestion pourra s'aggraver subitement et l'œdème envahir tout à coup le tissu cellulaire et les bronches, si à la stase vient s'ajouter l'effort du ventricule gauche dans l'insuffisance mitrale.

Si nous jugeons d'après les pouls veineux, dont la violence les fait confondre avec des pouls artériels, nous pouvons admettre dans les veines pulmonaires des reflux considérables et puissants démontrés par l'intensité des souffles que l'on entend sur la hauteur des deux poumons en arrière. Les veines pulmonaires acquièrent la grosseur du pouce et au delà; ajoutez une large insuffisance et un ventricule gauche excité par un tonique du cœur, et vous comprendrez l'effet de ce bélier sanguin sur le poumon. Des embolies même de la mitrale pourront pénétrer à rebours jusque dans les racines des veines pulmonaires, comme des embolies peuvent pénétrer de la tricuspide dans les veines caves. N'avons-nous pas vu parfois, à l'autopsie, des billes fibrineuses rester dans l'oreillette droite et ne pouvoir pénétrer dans le ventricule. Il n'y a pas que la stase, il y a, de plus, un reflux violent dont on ne tient pas assez compte et qui peut expliquer beaucoup d'accidents subits qui exigent une intervention immédiate; il n'y a plus une seule faute à commettre. Dans une hémorrhagie cérébrale, injecterez-vous de la caféine à haute dose? Je préférerais qu'on me fît une saignée, qui me permettrait d'attendre l'effet des diurétiques et des purgatifs.

Le reflux du sang dans les veines pulmonaires n'a pas lieu dans la seule insuffisance mitrale; il peut exister dans le rétrécissement mitral. Les sphincters qui ferment les veines pulmonaires et s'opposent au retour du sang dans l'état physiologique peuvent être vaincus par la distension

---

maître en cela, il pouvait tromper facilement le *vulgus*, qui ne demande qu'à l'être, comme chacun sait de toute antiquité, mais non des hommes du métier, qui le lui firent bien voir. L'attitude de Van Devoir endormi rappelait grossièrement la phase léthargique de l'hypnotisme; ses membres soulevés retombaient inertes, mais il continuait à être en rapport avec le monde extérieur; il causait avec son entourage, il gesticulait; la sensibilité n'était pas abolie chez lui; il ne présentait aucun des phénomènes décrits par Charcot : ni hyperexcitabilité neuro-musculaire, ni passage d'un état dans un autre; pas d'automatisme; au réveil, amnésie (?) absolue. Ça, vous avouerez, c'est facile à simuler, et, pour plus d'une fois, la perte de la mémoire.

La contre-expertise fut faite, vous l'avez déjà deviné, par le docteur Carlier lui-même. Il n'en fut pas le bon marchand. Ce distingué (par la Police correctionnelle) confrère, se basant sur les théories de l'Ecole de Nancy, rejetait les preuves tirées de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, de la sensibilité, de la relation avec le monde extérieur, de la transition aux divers états, comme sans valeur aucune. Mais, comme l'ont fait ressortir les médecins experts, il avait maladroitement éduqué son sujet; par exemple, il lui avait enseigné à simuler divers phénomènes, mais l'autre, ne sachant pas au juste, pas plus probablement que son professeur, quand il fallait les manifester, mélangeait ceux qui ne se trouvent que dans les degrés inférieurs de l'hypnose avec ceux qui se trouvent dans les degrés supérieurs.

Les raisons que donna le contre-expert de la faculté toute spéciale que possède son sujet (qui n'a jamais étudié la médecine, cela se voyait de reste) de reconnaître les ma-

de l'oreillette hypertrophiée, et la poussée en arrière présystolique sera encore vigoureuse. Les poumons doivent être tenus en minutieuse observation dans les lésions du cœur gauche; on se tromperait si on croyait que les signes stéthoscopiques vous crient aux oreilles et vous assourdissent. Que de bronchites jugées légères sont le premier retentissement d'une lésion du cœur ! Un peu d'oppression, d'étouffement, de gêne pour courir et monter, peu de chose encore aux poumons et déjà la lésion, grave, incurable, est établie.

Le diagnostic de la congestion pulmonaire n'est pas toujours facile; souvent elle n'est révélée que par l'ampliation de la cage thoracique et la distension du poumon qui revient mal sur lui-même; sa force d'élasticité est diminuée; l'auscultation ne donne rien de précis. Méfions-nous des poitrines qui respirent mal, où la respiration parcimonieuse a besoin d'être excitée, où le timbre, dur et sec, est pénible à entendre, surtout si nous soupçonnons une lésion du cœur.

La lésion du cœur gauche se juge aux poumons comme celle du cœur droit se juge au foie. Le poumon nous éclaire sur la nature d'un souffle du premier temps à la pointe, ce souffle sujet de tant de discussions et d'erreurs. Si la respiration est pure, égale, partout douce, nous avons le droit de douter d'une lésion de la mitrale, déjà mise en doute par les autres signes, ou du moins nous sommes autorisé à admettre une lésion peu importante. Quant aux insuffisances fonctionnelles de la mitrale, elles ne doivent pas être acceptées aussi facilement qu'on le fait comme inoffensives, si on admet qu'à chaque systole le sang est refoulé dans le poumon avec toute la force que peut lui communiquer un ventricule non fatigué et stimulé par la spartéine ou la digitale.

Souvent on dit que l'insuffisance mitrale se fait sentir sur le foie avant de se faire sentir aux poumons. On n'a pas su reconnaître la lésion du poumon; on n'a pas été assez sévère; on a méconnu la congestion du poumon; rien ne montre mieux la difficulté de ce diagnostic. Et puis la tri-

---

ladies, soit sur les patients eux-mêmes, soit sur les linges portés par eux, sont absolument épiques. La première, qui vient tout d'abord à l'esprit du plus ignorant, c'est que l'hypnotisme confère une exaltation extraordinaire des sens. Les autres... au fait, celle-ci suffit bien.

Mais les témoignages de nombreux malades traités et les expériences faites par les médecins légistes démontrèrent qu'il était dans les habitudes de Van Devoir de se tromper sur le diagnostic. C'est ainsi qu'une fistule à l'anus était traitée pour une bronchite; un abcès pelvien pour de l'albumie (*sic*); une affection cardiaque pour une eau sur les nerfs; une épilepsie pour une affection de la luette.

Les experts lui présentèrent des linges portés par des malades atteints l'un d'entérite chronique et l'autre de laryngite chronique; les diagnostics portés par Van Devoer furent emphysème et maladie de l'irlette (*sic*). Ses prescriptions avant l'arrivée du docteur Carlier, qui du moins soignait son orthographe, étaient à la hauteur de ses diagnostics; mais le médecin se bornait à les écrire sous sa dictée et à les signer; le diagnostic continuait à être posé par Van Devoer. Ajoutons qu'on ne réclamait jamais de salaire et qu'on acceptait ce que les consultants offraient.

Au cours de sa déposition, M. le professeur Masein a stigmatisé comme il convenait, au nom du corps médical belge, la conduite d'un médecin qui déshonore son diplôme en s'associant à des escrocs pour couvrir leurs tripotages. Mais ce n'est pas tout, et c'est ici que la sévérité de dame Justice se manifeste envers le docteur Carlier, qui n'avait pas été prévenu de cela par son hypnotisé. En effet, le procureur du roi a annoncé

cuspide peut être altérée en même temps que la mitrale et avoir retenti sur le foie avant que vous trouviez facilement la lésion pulmonaire.

Enfin par la reflux violent du sang se ruant du ventricule gauche dans les veines pulmonaires en même temps qu'il est foulé par le ventricule droit dans l'artère pulmonaire, nous avons l'explication de ces à coup qui peuvent tuer en quelques heures, en faisant des deux poumons deux plaques d'amadou imbibés de sang.

Dans l'insuffisance mitrale on entend un souffle qui passe en arrière et qui s'y étend sur une surface plus ou moins grande; il y couvre parfois le murmure pulmonaire tant il est intense. Ne peut-on pas admettre que le reflux du sang y soit pour quelque part et que le souffle de la mitrale soit porté dans tout le poumon par le sang en retour? En tous cas, l'oreillette gauche placée en arrière contre la colonne vertébrale transmet en arrière le souffle formé à la mitrale.

On nous a demandé la preuve du pouls des veines pulmonaires, d'instituer des expériences sur les animaux, de produire des insuffisances et d'observer ce qui se passe dans les veines. L'expérience est-elle possible et donnerait-elle des résultats sérieux? Nous laissons à d'autres le mérite de la tenter. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention sur un phénomène probable, sinon certain, qui nous paraît avoir été négligé.

Que faire? Si l'attaque est brusque, menace la vie, nous n'avons qu'un moyen, ouvrir la veine; ce n'est pas une saignée qui affaiblira le malade au point de le tuer; nous aurons ensuite le temps d'agir par d'autres moyens. Il faut calmer le cœur par une injection de morphine, puis purger fortement. Un peu plus loin l'iodure de potassium, le sulfate de spartéine et la digitale. Malheureusement pour la digitale, nous sommes obligés de passer par une période d'excitation, avant d'arriver au calme, et nous risquons ensuite une période d'asystolie dangereuse si, sous l'impression d'un danger immédiat, nous avons poussé les doses. En temps ordinaire, quand les accidents ne pressent pas, tous les moyens sont bons, le lait en tête, à la condition toutefois qu'ils seront maniés avec une extrême pru-

publiquement que ce peu estimable contrère serait déféré aux tribunaux comme co-auteur de cette escroquerie.

Pour cette fois, gain de cause est resté au ministère public, qui n'avait pu faire condamner Blanpain comme escroc; en effet, le tribunal de Nivelles, par un jugement rendu le vendredi 2 mai, considérant la prévention d'escroquerie comme suffisamment établie, a condamné les prévenus Van Devoir et Detrez chacun à six mois de prison.

L'action judiciaire contre ces deux charlatans ayant commencé avant l'entrée du docteur Carlier dans l'association, ce dernier n'était pas compris dans l'affaire; mais de nouvelles poursuites sont déjà exercées à l'égard des prévenus, y compris cette fois le docteur Carlier, pour des infractions postérieures à l'entrée de ce médecin dans l'association. Attendons la fin.

Mais en attendant, nous devons nous réjouir de cette sévérité déployée en Belgique contre les charlatans, et qui contraste si singulièrement et si malheureusement avec la douceur que nos juges mettent dans leurs rapports avec ceux qui, chez nous, se livrent à l'exercice illégal de la médecine. A une époque où tout le monde semble disposé à réformer, en France, les lois qui régissent la pratique médicale, il n'est pas mauvais d'attirer l'attention sur ce contraste et de le signaler à nos législateurs. Pourquoi continuerait-on à être plus indulgent envers les malfaiteurs en France qu'en Belgique?

Autre réflexion qui nous est suggérée par le cas du docteur Carlier.

En France, on raye des listes de la Légion d'honneur tout membre de l'Ordre qui a forfait à l'honneur, qui a encouru une condamnation infamante; on a, il y a quelques

dence, et bientôt interrompus. L'anurie suit vite la diurèse, et l'ataxie du cœur la régularité. N'oublions jamais la seconde action des médicaments, qui est tout l'opposé de la première.

BIBLIOTHÈQUE

Nouveaux éléments de matière médicale et thérapeutique, par MM. Nothnagel et Rossbach. Ouvrage traduit sur la sixième édition allemande, par M. J. Alquier. — Paris, J.-B. Baillière, 1889.

Cette deuxième édition de ce remarquable ouvrage est, en réalité, une œuvre nouvelle. Les auteurs y ont introduit en effet les recherches thérapeutiques si nombreuses qui ont vu le jour depuis 1880 et ont autant que possible basé leur appréciation sur des observations personnelles.

Un ouvrage de ce genre ne peut s'analyser et, du reste, la plupart de nos lecteurs le connaissent. C'est en réalité, et nous le reconnaissons du reste à regret, le seul traité récent accessible aux lecteurs ne comprenant que le français, qui discute sérieusement les indications thérapeutiques et ne se borne pas à une simple énumération sans critique. — P. N.

Atlas manuel d'anatomie descriptive du corps humain, par le docteur A. Prodhomme. — Paris, J.-B. Baillière, 1890.

Cet atlas a pour but de faciliter aux commençants les dissections difficiles. La représentation graphique est en effet ce qu'il y a de mieux pour l'amphithéâtre, puisqu'un coup d'œil suffit à rappeler ou à montrer le détail oublié ou ignoré.

M. Prodhomme a judicieusement choisi ses figures, bien que quelques-unes soient insuffisantes, celle de l'articulation de la hanche par exemple ; d'autre part, quelques planches sont un peu confuses. Mais ce sont là des critiques de détail qui disparaîtront sans doute dans une prochaine édition et qui ont sans doute pour principale cause la nécessité de vendre bon marché. — P. N.

---

mois, enlevé le droit d'exercer à un pharmacien qui avait mal trafiqué de son diplôme. Pourquoi n'en agirait-on pas de même envers le docteur Carlier et autres semblables qui couvrent de ce diplôme les tripotages des escrocs? pour employer l'expression du professeur Masein. Pourquoi ne leur retirerait-on pas le droit d'exercer la médecine ? Soyez plutôt maçon!

*
* *

Dans une de mes dernières causeries, j'avais déjà parlé de M. le professeur Masein, à propos d'une discussion, à l'Académie de médecine de Belgique, sur la réglementation de l'hypnotisme. Je n'avais pas pu mettre alors la main sur les conclusions adoptées par l'Académie; je viens de les retrouver et je vous les donne afin que vous puissiez en faire part à ceux des membres de la commission parlementaire que vous connaissez.

L'Académie royale de Belgique, considérant les inconvénients et les dangers de la pratique vulgarisée de l'hypnotisme, estime qu'il y a lieu de solliciter de la législature des dispositions tendant à :

1° Interdire les représentations publiques d'hypnotisme;

2° Prévenir et réprimer les abus qui peuvent résulter de la pratique de l'hypnotisme.

On est déjà entré chez nous dans cette voie; espérons qu'on ne s'arrêtera pas avant d'avoir entièrement résolu la question dans le sens scientifique et parlementaire.

Simplissime.

CORRESPONDANCE

Paris, 27 mai 1890.

Mon cher collègue,

En réponse à la lettre insérée dans l'*Union médicale* du 20 mai (p. 725), permettez-moi de dire à nos confrères que je maintiens l'exactitude des faits énoncés dans la phrase suivante :

« A Vichy, la saison thermale militaire dure cinq mois, du 1er mai au 30 septembre; la saison civile, plus courte, s'étend du 15 mai au 15 septembre; mais, en réalité, *il n'y a que trois mois de saison propice*, juin, juillet, août. »

L'expérience de tous les temps, corroborée par le consentement unanime des malades et des médecins de notre époque, démontre, en effet, qu'à Vichy, comme dans toutes les stations thermales de notre pays, juillet est le mois le mieux approprié à la cure par les eaux minérales. Viennent ensuite juin et août. La fin de mai et le commencement de septembre sont médiocres dans les stations même les plus favorisées, à cause de l'excès d'humidité et des variations parfois très étendues de la température atmosphérique. Le commencement de mai et la fin de septembre ne sont point à recommander. En somme, pour user de la saison de mai et de septembre, à Vichy, par exemple, il faut y être forcé et ne pas pouvoir faire autrement. Quant aux mois d'avril et d'octobre, ai-je besoin de dire qu'un médecin soucieux de l'intérêt de ses malades doit les rejeter entièrement?

Il va de soi que ces renseignements sont d'ordre exclusivement médical, et n'ont rien à démêler avec l'exploitation commerciale des stations, qui ne me regarde pas.

Veuillez agréer, etc. Victor Aud'houi,

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Atrophie musculaire chez un hystérique. — Traitement et prophylaxie de la pleurésie purulente. — Cirrhose alcoolique hypertrophique.*

M. Féréol présente un malade de 32 ans, hystérique, atteint d'atrophie musculaire. Déjà, en 1885, il avait rapporté deux observations d'atrophie hystérique avant le travail de M. Marie.

Le malade de M. Féréol a été, dès son enfance, émotif et nerveux. Il y a quelques années, après de grands ennuis de famille et d'argent, son émotivité s'accrut; et, en outre, il se livra à l'alcoolisme. Bientôt survinrent des crises d'hystéro-épilepsie. Enfin, depuis mars dernier, le bras droit a commencé à maigrir; en même temps, les forces ont diminué progessivement.

Actuellement, le malade présente tous les stigmates de l'hystérie : hémi-anesthésie droite (sensorielle et générale), perte des réflexes oculaire et pharyngien, diminution du champ visuel, zones hystérogènes nombreuses, tremblement. L'atrophie du bras droit est assez considérable (3 centimètres de moins qu'à gauche), au niveau du bras et de l'avant-bras. Les pectoraux et les muscles de l'épaule sont aussi atteints; la main est intacte, de même le membre inférieur droit. Le malade présente, en outre, un phénomène bizarre : il est constamment entraîné vers la droite lorsqu'il marche, et, lorsqu'on lui fait fermer les yeux, il perd l'équilibre et tombe à droite.

— M. Laveran (Val-de-Grâce) : Dans la séance du 2 mai, M. Fernet a montré que, dans certaines formes de pleurésie purulente, le traitement par les ponctions, suivies

d'injections antiseptiques, est rationnel et a donné d'excellents résultats. Dans la séance suivante, M. Netter a apporté une étude magistrale sur la pleurésie purulente et a adopté divers modes de traitement d'après les divers micro-organismes qui peuvent causer l'affection.

Le traitement par les injections antiseptiques a été déjà employé par Aran en 1853, mais avec si peu de succès qu'il fut bientôt complètement abandonné.

M. Laveran a plusieurs fois essayé de traiter la pleurésie purulente par des ponctions suivies d'injections antiseptiques; mais cette méthode est souvent inefficace, surtout s'il s'agit d'une pleurésie à streptocoques. En outre, elle peut amener des complications : phlegmons de la paroi thoracique par infiltration de quelques gouttes de pus dans le tissu conjonctif; accidents nerveux graves, quelquefois mortels; syncopes, convulsions épileptiformes, mort subite. De plus, on ne vide jamais complètement la plèvre, le pus se reproduit, les fausses membranes se multiplient; les conditions sont alors bien mauvaises pour pratiquer la thoracotomie. Celle-ci n'est pas toujours suffisante, et bien des médecins pensent que la résection costale est nécessaire.

On a comparé la pleurésie purulente à un abcès, mais elle en diffère par la nature des parois : la paroi costale est rigide, la surface pulmonaire se laisse, au contraire, facilement refouler; mais bientôt le poumon s'enkyste dans les exsudats abondants qui lui forment une coque fibreuse. C'est contre cet enkystement du poumon qu'il faut d'abord lutter. Les ponctions qui prolongent la durée de la maladie doivent donc être rejetées. La thoracotomie est, au contraire, indiquée, surtout si l'agent pathogène est le streptocoque. En effet, les injections antiseptiques sont presque impuissantes contre lui; le micro-organisme est infiltré dans les parois de l'abcès pleural, l'antiseptique ne l'atteint pas; et, alors même que la substance antiseptique empêche son développement, le liquide purulent peut se reproduire.

Même dans la pleurésie à pneumocoques, la thoracotomie est indiquée si l'épanchement est abondant et se reproduit après deux ou trois ponctions. Les vomiques, qui sont communes dans cette variété de pleurésie purulente, amènent quelquefois la guérison; mais elles ont souvent de graves inconvénients et peuvent même entraîner la mort, si le liquide est trop abondant. M. Laveran a ainsi perdu un malade; deux autres ont fini par guérir, mais après des vomiques répétées, qui n'empêchaient pas la reproduction du pus et avaient amené un très mauvais état général.

Dans les pleurésies septiques, il faut rapidement pratiquer la thoracotomie et la faire suivre de lavages antiseptiques.

Dans la pleurésie tuberculeuse, la thoracotomie n'est contre-indiquée que lorsqu'il existe des lésions avancées des sommets.

Les ponctions répétées suivies d'injections antiseptiques seront réservées pour les pleurésies purulentes enkystées que la thoracotomie atteindrait difficilement, ainsi que l'a établi M. Fernet.

Quant aux substances antiseptiques, M. Fernet a employé le sublimé et le naphtol tous deux présentent des inconvénients. Le premier est très toxique et a produit, dans quelques cas, des accidents d'hydrargyrisme suraigu. De plus, le sublimé qui n'est pas résorbé s'unit à l'albumine du pus pour former un composé insoluble qui n'a plus aucune propriété antiseptique. M. Netter s'est aussi servi d'une solution de sublimé, et il a rapporté une observation très remarquable dans laquelle la guérison avait été rapidement obtenue. Mais M. Netter avait pratiqué la thoracotomie et avait fait suivre l'injection de sublimé d'un grand lavage à l'eau bouillie.

Quant au naphtol, il a un autre inconvénient : il est insoluble dans l'eau et dans le pus; et lorsqu'on injecte la solution alcoolique de Bouchard, il doit se former un précipité insoluble.

M. Laveran a employé récemment un nouvel antiseptique, le crésyl ou créoline, qui offre de véritables avantages. C'est un liquide épais que l'on extrait de la créosote de houille et qui s'émulsionne assez facilement. Les propriétés de l'émulsion de crésyl à 4 p. 100 ont été démontrées par Nocard. M. Laveran s'est assuré qu'elle tuait le streptocoque; le même résultat est obtenu avec l'émulsion à 2 p. 100.

L'émulsion de crésyl se mélange très bien au pus. Enfin son emploi n'offre aucun

danger. Otto Mugdan a démontré qu'une injection de 10 grammes de créoline peut tuer un lapin; mais cela représente pour l'homme une dose énorme; or, avec 10 à 15 grammes, M. Laveran a eu récemment de beaux succès.

Au point de vue de la prophylaxie, M. Laveran ayant observé tout dernièrement, dans les salles du Val-de-Grâce, sept pleurésies qui sont devenues purulentes sans cause appréciable, alors qu'il y avait aussi plusieurs cas d'érysipèle, se demande s'il y a eu alors une véritable infection des salles à laquelle serait due le passage des pleurésies à la purulence? Le liquide de ces dernières contenait en effet, dans tous les cas, le streptocoque.

Mais on peut admettre aussi que les pleurésies sont devenues purulentes par auto-infection, car les agents de la suppuration existent souvent dans la bouche et l'arrière-bouche.

A ces deux modes d'infection on opposera deux séries de mesures prophylactiques :

1° Eloigner des pleurétiques les malades atteints de suppurations ou d'érysipèle;

2° Détruire les microbes pyogènes de la bouche par des gargarismes antiseptiques.

M. Comby s'est servi plusieurs fois avec succès du chloral; on n'aura pas à craindre avec cette substance antiseptique des accidents d'intoxication.

MM. Hanot et Gilbert : La cirrhose alcoolique à son début est marquée par une hypertrophie du foie. Mais cette phase passe souvent inaperçue et les lésions en sont mal connues. Cependant l'hypertrophie præ-atrophique existe, elle a été souvent observée; peut-être a-t-on eu tort de croire qu'elle existe toujours.

MM. Hanot et Gilbert ont observé plusieurs malades atteints de cirrhose alcoolique atrophique, qui avait été soignés auparavant pour engorgement du foie; mais ils n'ont jamais vu un foie, initialement hypertrophié sous l'influence de l'alcool, diminuer graduellement de volume et s'atrophier jusqu'à la mort. Au contraire, lorsqu'ils ont trouvé chez les alcooliques un foie volumineux, l'organe est toujours resté hypertrophié, soit en se rétractant très légèrement, soit en conservant ses dimensions exagérées jusqu'à la mort.

Aux faits de cet ordre convient donc la désignation de « cirrhose alcoolique hypertrophique ». Les causes et les symptômes initiaux de cette forme de l'affection ne diffèrent pas de ceux de la cirrhose vulgaire et l'on ne peut trouver, ni dans la qualité des boissons alcooliques, ni dans l'âge ou la constitution de ceux qui en font abus, la cause déterminante de l'une ou l'autre des deux formes. A la période d'état, on trouve encore dans les deux cas les mêmes expressions cliniques. La cirrhose alcoolique hypertrophique peut demeurer latente, fruste, et des symptômes importants, tels que la circulation collatérale, l'ascite, peuvent manquer. Elle peut enfin revêtir une forme achevée et présenter alors tous les symptômes de la cirrhose ordinaire. Parmi ces symptômes, la dilatation des veines sous-cutanées abdominales est quelquefois nulle, d'autres fois considérable.

L'examen de l'abdomen permettra seul, par conséquent, de dire si la cirrhose alcoolique est atrophique ou hypertrophique. Dans ce dernier cas, le foie, débordant le rebord costal de plusieurs travers de doigt, offrira à la palpation une consistance ferme, un rebord mousse et parfois une surface inégale, ce qui peut conduire au diagnostic de congestion hépatique, d'hépatite graisseuse ou à tout autre diagnostic erroné, si l'on considère comme synonymes cirrhose alcoolique et cirrhose atrophique.

Au point de vue du pronostic, si la cirrhose alcoolique peut, dans quelques cas, s'amender, permettre la disparition de l'ascite et une survie assez longue (observations de Monneret, de Leudet, de Frerichs, de MM. Dieulafoy, Raymond, Bucquoy, etc.), ces faits constituent de véritables exceptions.

Pour la cirrrhose alcoolique hypertrophique, le pronostic est bien moins sombre, puisque, dans les deux tiers des cas, elle s'améliore ou guérit. (Observations de Troisier, Dujardin-Beaumetz, Bouchard, Proust, Damaschino, Rendu, Gaucher, André Petit, Millard, Lancereaux, etc.)

La première condition de la curabilité est la suppression de la cause, c'est-à-dire de l'alcool, et la soumission au régime lacté. Les iodures, les mercuriaux, le calomel en

particulier, rendront de grands services; pour combattre l'ascite, on aura recours aux diurétiques, aux purgatifs, à la ponction. L'ascite peut, au moyen de ce traitement, diminuer ou cesser de se reproduire; alors la circulation collatérale diminue; les veines sous-cutanées abdominales s'affaissent, ce qui prouve que les voies circulatoires intra-hépatiques sont devenues plus perméables. Cette perméabilité du foie s'accuse encore par l'affaissement des varices hémorrhoïdales, la cessation des hémorrhagies rectales et quelquefois par la rétraction de la rate.

En même temps, les fonctions digestives sont meilleures, les urines plus abondantes, les varicosités disparaissent, l'embonpoint et la vigueur renaissent; quelquefois même le foie reprend des dimensions presque normales. Le plus ordinairement, toutefois, sa rétraction est légère ou nulle. Il n'est donc pas question de guérison véritable, mais de l'établissement d'un *modus vivendi* assez précaire qui permet aisément les rechutes.

D'autre part, la cirrhose alcoolique hypertrophique peut entraîner la mort. L'autopsie permet alors d'étudier les caractères qui lui appartiennent. Le foie atteint le poids de 2 kilogr., 2 kilogr. 500, et même 3 kilogr.; bords mousses; couleur gris jaunâtre ou jaune rosé ; surface hérissée de saillies parfois assez notables, mais ordinairement du volume d'un grain de mil, d'une lentille ou d'un pois, disséminées surtout sur le bord postérieur et sur le lobe gauche, moins nombreuses et moins accusées que dans la cirrhose atrophique. Le parenchyme hépatique crie sous le scalpel, la surface de section le montre divisé en granulations jaunâtres par des anneaux fibreux rosés.

La rate est hypertrophiée, les veines portes accessoires très développées, l'ascite plus ou moins considérable.

Au microscope, le tissu hépatique est segmenté par des anneaux de tissu conjonctif qui limitent des îlots plus ou moins grands. Les anneaux cirrhotiques contiennent la totalité des espaces portes et la plupart des veines sus-hépatiques. Ils sont formés d'un tissu fibreux riche en cellules rondes, creusé d'angiectasies capillaires et de néo-canalicules biliaires. Comme la cirrhose atrophique, la cirrhose hypertrophique est donc une sclérose annulaire périveineuse. La topographie des lésions scléreuses n'explique pas l'atrophie ou l'hypertrophie; pour s'en rendre compte, il faut considérer l'épaisseur et la rétractilité des anneaux fibreux, d'une part, et la façon dont se comporte le parenchyme. En effet, dans l'atrophie, les cellules hépatiques disparaissent sous la compression des anneaux scléreux; dans la cirrhose hypertrophique, l'augmentation de volume est due à un processus complexe; d'un côté, production d'un tissu anormal d'anneaux fibreux creusés de nombreuses angiectasies capillaires; d'un autre côté, hypertrophie véritable des travées hépatiques.

La cirrhose hypertrophique éthylique n'est pas une espèce particulière. Les types extrêmes de la cirrhose hypertrophique et de la cirrhose atrophique sont reliés par une série de cas intermédiaires, ce qui démontre l'importance secondaire du volume du foie. Cependant, dans la description de la cirrhose alcoolique, il faudra désormais mentionner cette forme particulière dans laquelle la glande subit une augmentation de volume au lieu de s'atrophier progressivement.

FORMULAIRE

Topique contre la tuberculose du larynx. — Schnitzler.

Baume du Pérou........................	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne....................	0 gr. 75 centigr.
Alcool..................................	15 grammes.
Essence de menthe........................	VI gouttes.

F. s. a. pour usage externe. — On se sert de ce topique pour badigeonner les surfaces ulcérées du larynx tuberculeux. — Dans certains cas, on se contente de faire les badigeonnages avec du collodion élastique additionné, pour 20 grammes, de 2 grammes de baume du Pérou. — N. G.

COURRIER

Les médecins militaires au Congrès de Berlin. — M. le ministre de la guerre se proposait d'envoyer, comme délégués au Congrès international de Berlin : 1° M. Kelch, médecin principal de 1re classe, professeur de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire; 2° M. Régnier, médecin principal de 2e classe, chef de l'hôpital militaire de Nancy; 3° M. Schneider, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre; 4° M. Nimier, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire.

A l'Institut Pasteur. — Le samedi 24 mai se sont réunis à l'Institut Pasteur l'ambassadeur d'Angleterre, lord Lytton, et plusieurs notabilités des colonies anglaise et américaine. Mme Priestley, femme du docteur Priestley, a remis à M. Pasteur un album où un grand nombre de notabilités anglaises et américaines avaient inscrit leurs noms. M. Ellicott s'est exprimé en ces termes :

« Le sentiment d'admiration pour votre œuvre scientifique est si général et si vrai que partout, aussi bien au Canada et dans les divers Etats de l'Amérique du Nord que dans la Grande-Bretagne et sur les océans qu'elle parcourait, la même explosion d'enthousiasme a surgi, pour rendre facile à notre charmante amie la mission qu'elle s'était donnée.

« Vous trouverez, monsieur, groupées sur ces pages, dont quelques-unes sont décorées par la plume ou le pinceau d'illustres artistes, les signatures de personnages les plus divers.

« Depuis les princes du sang jusqu'aux chercheurs cachés au fond d'obscurs laboratoires, tout ce que la race anglo-saxonne possède de plus distingué par la situation sociale ou l'intelligence vient, sous la forme de ce livre d'or, s'incliner devant votre personnalité, en vous proclamant le plus précieux parmi les grands bienfaiteurs de l'humanité. »

Missions scientifiques. — M. le docteur Delvaille est chargé d'une mission en Espagne pour y étudier les questions relatives aux exercices physiques, aux jeux et à l'hygiène scolaires.

M. le docteur J. Jullien est chargé d'une mission en Australie, dans la Tasmanie et la Nouvelle-Zélande, à l'effet d'y poursuivre des recherches de zoologie relatives à la classification et à l'anatomie de l'ordre des bryozoaires.

M. le docteur Lejars est chargé d'une mission en Suisse et en Allemagne à l'effet d'y étudier l'organisme de l'enseignement chirurgical.

M. le docteur Teissier est chargé d'une mission en Russie à l'effet d'y étudier les causes de l'influenza.

Postes médicaux. — Un médecin, d'un département du centre, que l'âge et la maladie empêchent d'exercer depuis quelques mois, serait heureux de céder gratuitement sa clientèle à un jeune docteur. Situation médicale excellente. S'adresser au bureau du journal.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les troubles trophiques des extrémités dans le rhumatisme chronique.

Leçon recueillie par M. Ad. LAFFITTE, interne du service.

Nous avons étudié, dans des leçons antérieures, les lésions viscérales que l'on rencontre dans le rhumatisme chronique, et je vous ai montré leur fréquence ainsi que les relations qui les unissent. Aujourd'hui, je veux vous entretenir des désordres plus superficiels, des troubles trophiques qui sont des manifestations si communes de cette maladie; ils siègent le plus fréquemment sur les membres inférieurs, parfois sur le sommet de la tête, plus rarement sur les membres supérieurs; mais partout ils ont des caractères identiques qui prouvent leur parenté et leur commune origine. Ces désordres se montrent au plus haut degré sur la peau, sur les ongles, sur les poils; ils peuvent être plus profonds et atteindre le tissu cellulaire sous-cutané, les aponévroses, les os, les articulations. Plusiurs de nos malades en offrent des exemples; nous allons les examiner rapidement en allant des cas les plus simples aux plus complexes.

Le malade couché au n° 9 de la salle Piorry présente des lésions superficielles et légères. C'est un homme de 41 ans qui a eu, en 1881, une poussée aiguë de rhumatisme chronique. Il fut soigné pendant plusieurs mois à l'hôpital Necker, et sa santé a toujours été chancelante depuis cette époque. Aux membres inférieurs les désordres sont très minimes : la peau des jambes est amincie, luisante, parcourue par de fines arborisations veineuses; les ongles des orteils sont brillants et un peu recourbés; de fines gouttelettes de sueur perlent sur la face dorsale du pied quand on découvre le malade. Le membre supérieur est altéré plus profondément : les ongles sont incurvés et striés en travers; les articulations métacarpo-phalangiennes fortement tuméfiées et douloureuses; la peau des doigts est grisâtre, lisse, sans rides; les doigts eux-mêmes sont fortement déviés et rejetés en masse vers le bord cubital de la main. Ce malade a eu à plusieurs reprises des poussées fluxionnaires de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, puis du poignet, avec rougeur, chaleur, œdème et dilatations veineuses. Un grand nombre de médecins l'auraient considéré sans doute comme un goutteux; car ils n'auraient regardé que la lésion locale, et n'auraient tenu aucun compte des divers désordres concomitants. Plus j'avance dans l'observation clinique, et plus je tends à faire rentrer la goutte dans le cadre des manifestations du rhumatisme chro-

nique; non pas que je nie dans ces cas la présence de l'acide urique en excès dans le sang et autour des jointures; mais je crois que c'est là un trouble contingent et accessoire. La fluxion goutteuse est commandée par un désordre du système nerveux; c'est là sa condition essentielle. L'excès d'acide urique est toujours un fait secondaire, car je ne puis admettre qu'un désordre chimique soit primitif.

Au n° 5 de notre salle d'hommes se trouve un second malade qui présente des lésions analogues, mais un peu plus accentuées. Il est âgé de 60 ans et exerce la profession de serrurier. Sujet à des épistaxis nombreuses dans sa jeunesse, à des migraines fréquentes, il est souffrant depuis une dizaine d'années. Chez lui, les manifestations herpétiques ont débuté par une toux sèche, quinteuse, précédée de picotements derrière la poignée du sternum et accompagnée d'une expectoration visqueuse et aérée. Puis les accès d'étouffement se sont montrés, d'abord pendant la nuit, ensuite dans la journée, à l'occasion du moindre effort. Depuis plusieurs années, ce malade est obligé de quitter son travail tous les hivers et de se reposer. Dès le début de ses malaises, il a remarqué qu'il émettait, surtout pendant la nuit, une grande quantité d'urines claires non sédimenteuses, et vous voyez qu'aujourd'hui il urine environ cinq litres dans la journée. Ses artères sont très dures, comme cannelées; ses yeux son rouges, larmoyants; le bord libre de la paupière inférieure est injecté et les cils agglutinés, il est atteint de blépharite glandulo-ciliaire; son dos est couvert de boutons d'acné dont plusieurs très anciens ont laissé des cicatrices pigmentées. Ses membres inférieurs sont amaigris, la peau qui les recouvre est très mince et laisse voir de grosses veines bleuâtres et dilatées. Les orteils sont fortement déviés vers le bord externe du pied; les articulations métatarso-phalangiennes sont tuméfiées et douloureuses. Les ongles ont une coloration brun foncé et sont recourbés comme le bec d'un oiseau de proie; ils sont beaucoup plus épais que normalement, striés en travers et très friables. Le malade se plaint d'une sensation de froid très pénible qui commence un peu au-dessous du genou et se continue jusqu'à l'extrémité des orteils, où il a son maximum d'intensité. Comme chez le malade précédent, la peau se couvre de sueur dès qu'on l'expose au contact de l'air. Depuis quelques jours, nous avons noté à la partie inférieure des deux jambes, au-dessus des malléoles, la production de deux plaques érythémateuses, rouge sombre, sur lesquelles se sont élevées de petites vésicules remplies d'un liquide citrin. Cette éruption s'est accompagnée d'un prurit très vif avec sensation de brûlure, et les phénomènes douloureux ont été si intenses que le patient était obligé de se lever pendant la nuit, la chaleur du lit lui étant insupportable. Ces vésicules se sont desséchées, une croûtelle s'est formée, et tout a disparu au bout d'une quinzaine de jours. Une pigmentation légère de la peau indique seule la place du mal. Les genoux de notre malade sont très volumineux; les condyles du fémur et les tubérosités du tibia sont développés outre mesure et donnent à la jointure un aspect globuleux caractéristique. Ces ostéophytes sont sensibles à travers la peau sous forme de tumeurs irrégulières. Les articulations des genoux et celles des épaules sont le siège de craquements douloureux que le malade accuse pendant la marche, et que le médecin peut percevoir en appliquant la main sur la jointure, et en lui imprimant en même temps des mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

Les lésions que je viens de vous décrire sont surtout superficielles et

sont bien marquées sur la peau et ses annexes. Mais elles peuvent gagner en profondeur, provoquer l'ulcération de la peau; atteindre les aponévroses et les os. C'est ce dont vous vous rendrez compte en examinant un homme qui est couché au n° 3 de la salle Piorry, et que j'ai bien souvent signalé à votre attention. Ce malade est chauve, variqueux, il a de la blépharite ciliaire. Il présente, en outre, sur les deux pieds, et disposées symétriquement, des ulcérations trophiques que l'on désigne d'ordinaire sous le nom de mal perforant. Au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, point antérieur du trépied plantaire, existe une ulcération arrondie, de 5 millimètres de diamètre, à bords nets, comme taillés à l'emporte-pièce, à fond grisâtre et sanieux. Un stylet introduit au fond de l'orifice fait reconnaître la dénudation des surfaces osseuses. Les bords de l'orifice sont épaissis, calleux, formés de couches épidermiques stratifiées. La sensibilité à la douleur et au contact a totalement disparu à la périphérie de l'ulcère; seuls les mouvements imprimés à l'orteil sont douloureusement ressentis. Cette lésion se rencontre des deux côtés avec des caractères identiques, elle est tout à fait symétrique. De plus, sur la face dorsale du gros orteil existe de chaque côté une autre surface ulcérée, transversalement dirigée, à bords taillés à pic, à fond bourgeonnant et saignant. La partie malade est entourée d'une auréole rosée et chaude. La symétrie, ici encore, est parfaite. Les pieds sont froids, violacés, couverts de sueur Ils sont le siège d'élancements douloureux qui se produisent par crises et s'irradient vers les genoux; le malade accuse, en outre, une sensation de brûlure superficielle, parfois de cuisson, qui se montre surtout pendant la nuit. Il y a quelques jours, une rougeur diffuse, douloureuse, a envahi les extrémités inférieures, depuis les malléoles jusqu'à mi-jambe; elle s'est accompagnée de la production de phlyctènes sur le bord externe des deux pieds avec œdème périphérique. — Dans ce cas particulier, votre attention doit être attirée d'une façon spéciale sur la profondeur des lésions et sur leur symétrie complète.

De cette observation je puis rapprocher celle d'une dame de la ville, âgée de 42 ans, qui a été atteinte à plusieurs reprises d'attaques de rhumatisme chronique. Née de parents rhumatisants ou goutteux, elle présente des craquements aux articulations des genoux, des déviations des gros orteils, qui sont repoussés fortement en dehors et recouvrent les autres doigts. Il y a seize mois, elle a commencé à ressentir des douleurs lancinantes dans le pied droit, biantôt suivies de sensations de brûlure; puis ces désordres ont atteint le pied gauche où ils se sont localisés d'une façon exclusive. En même temps que survenaient ces douleurs, la peau de la face plantaire s'épaississait et devenait squameuse; ensuite s'est montré, au niveau du talon, un point noir de gangrène sèche qui s'est étendu peu à peu jusqu'à atteindre les dimensions d'une pèce de 2 francs, et qu'un sillon d'élimination est venu plus tard circonscrire. Depus quelque temps, enfin, le gros orteil commence à se dessécher et à noircir, il est atteint de gangrène. Ces phénomènes s'accompagnent de douleurs extrêmement vives que je n'ai pu faire disparaître que par de fortes doses de morphine, de chloral et d'antipyrine.

Au n° 22 de la salle Lorain se trouve une femme de 60 ans, R... (Mélanie), qui est atteinte de rhumatisme chronique et présente des déformations articulaires bien marquées. Elle a des troubles trophiques des extrémités inférieures, les articulations du gros orteil sont douloureuses et tuméfiées,

les doigts sont rejetés en dehors, l'épiderme est épaissi et se détache sous forme de squames, des durillons se voient à la face plantaire de chaque orteil; enfin, les ongles sont épaissis et striés dans le sens longitudinal. Mais, contrairement à ce que nous voyons d'ordinaire, ces désordres sont beaucoup plus marqués aux extrémités supérieures. Les doigts des deux mains, à l'exception du pouce, présentent l'attitude de la demi-flexion. A gauche, les lésions sont plus accentuées, le médius est recourbé en crochet et immobile dans cette position; les autres doigts sont fléchis au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et les mouvements que la malade peut leur imprimer sont minimes. Les mouvements spontanés ou provoqués des deux dernières phalanges sont presque nuls. Du côté droit, le médius et l'annulaire sont fortement fléchis et immobiles; les autres doigts conservent encore quelques mouvements limités. Des deux côtés, les ongles offrent des lésions très marquées, surtout au niveau du médius; ils sont épaissis, grisâtres, fortement striés en travers sous forme de rainures profondes, incurvés en queue d'écrevisse. De temps en temps, ils tombent spontanément. L'aponévrose palmaire est indurée et rétractée. La peau est très altérée, surtout au niveau de la face dorsale de la main et des doigts; elle a perdu sa souplesse normale et ne peut pas être plissée; elle n'offre plus de rides, elle est lisse luisante et indurée, en tout semblable à l'état qu'on lui décrit dans la sclérodermie. Ce désordre de la peau ne constitue pas, à mon avis, une maladie spéciale; il me paraît être un trouble trophique reconnaissant pour cause une lésion des extrémités nerveuses, et je le range dans le même groupe que les autres lésions cutanées dont je vous ai déjà entretenu.

Je veux vous rappeler à ce propos l'histoire d'une dame de ma clientèle, âgée de 50 ans, atteinte de rhumatisme chronique ancien, avec déformation des jointures et craquements articulaires. Depuis deux ans, elle est atteinte de sclérodermie des quatre membres qui a fini par gagner la face. Cette lésion s'est étendue, des extrémités vers la racine des membres, d'une façon à peu près symétrique. Aujourd'hui, elle occupe les pieds, les mains, les jambes, les avant-bras; la peau est lisse, luisante, non ridée, d'un blanc mat rappelant l'aspect du marbre. Elle est, de plus, épaisse et indurée, de telle sorte qu'elle comprime les tissus sous-jacents et qu'elle contribue à accentuer la déformation des mains et celle des pieds. Les extrémités, généralement froides, parfois couvertes de sueur, sont le siége de sensations de brûlure très intenses, revenant par crises; mais on n'y voit ni rougeur, ni ulcères. L'aspect de la face est celui d'un masque de cire blanche, car la peau en est lisse, brillante, d'un blanc uniforme; les traits sont immobiles et sans expression; il n'existe de rides qu'à la partie la plus élevée du front, à la limite des parties saines et des parties malades.

Les exemples que je viens de vous soumettre sont assez nombreux pour que vous vous rendiez compte des troubles trophiques des extrémités dans le cours du rhumatisme chronique. Je vous résumerai maintenant les caractères auxquels vous pourrez toujours les reconnaître, et je passerai rapidement en revue les divers tissus ou systèmes où ils se localisent de préférence.

(A suivre.)

REVUE DE PHARMACOLOGIE

SOMMAIRE : Les incompatibilités de l'antipyrine. — Cantharidine et acétate de plomb. — Modes d'administration de l'acide salicylique et du salicylate de soude. — Médicaments explosifs.

1° Les nouveaux médicaments se multiplient beaucoup et les médecins, forcément ignorants de leurs réactions, s'exposent souvent, en les prescrivant dans des potions composées, à provoquer des combinaisons inattendues.

L'association de l'antipyrine et du chloral hydraté semble toute naturelle. Cependant, BLAINVILLE, il y a déjà quelque temps, a montré que ces deux corps réagissaient l'un sur l'autre et qu'il se formait un liquide huileux dans le sein duquel apparaissent bientôt des cristaux. Au moment du mélange, la liqueur prend un aspect laiteux et l'huile se dépose ensuite.

REUTER a étudié la composition des cristaux qui seraient formés, pardonnez le mot, de *trichloraldéhydephényldiméthylpyrazolone*, nom bizarre qui, soit dit en passant, prouve a nécessité de réformer la nomenclature en chimie organique.

A la Société de pharmacie, MM. BEHAL et CHOAY ont montré qu'il y avait plusieurs combinaisons de chloral et d'antipyrine. Dans l'une il y a combinaison à molécules égales de chloral et d'antipyrine (cristallisation en octaèdres); dans l'autre, il y a deux molécules de chloral pour une d'antipyrine (cristallisation en aiguilles prismatiques). Ces combinaisons diffèrent de celle décrite par M. Reuter ; le corps que ce dernier a obtenu par l'action de la chaleur ne donne plus les réactions des composants qui existent dans les produits préparés à froid. La mono-chloral antipyrine est soluble dans 15 parties d'eau et la bi-chloral antipyrine dans 10 parties d'eau. MM. Behal et Choay ont encore obtenu un dérivé acétylé de mono-chloral antipyrine qui n'offre plus les réactions des composants.

M. BARDET a donné à la combinaison de chloral et d'antipyrine obtenue à froid le nom d'HYPNAL. Ce corps serait très actif, à la fois sédatif et hypnotique (*Soc. de thérap.* 12 mars 1890). Il agit favorablement dès la dose de 1 gr. et provoque facilement le sommeil dans les cas de douleur ou de toux. L'hypnal est beaucoup moins irritant pour l'estomac que ses constituants et est facilement accepté par les enfants. Pour le préparer, M. Bardet conseille de dissoudre séparément dans la plus petite quantité d'eau possible parties égales de chloral et d'antipyrine et de mélanger ; le précipité qui se forme peut être employé immédiatement après lavage. Il ne doit pas, dans la préparation du produit, y avoir un excès d'antipyrine.

Le mélange de l'antipyrine et du naphtol donne, d'après M. CHABROL, une pâte liquide. Cependant, il a pu préparer une poudre composée de :

Naphtol β	} ãã	0 gr. 10 centigr.
Antipyrine	}	
Salicylate de bismuth		0 gr. 25 —
Sucre		0 gr. 50 —

Le sucre, agissant en tant que corps inerte et absorbant, empêcherait la réaction de se produire.

M. MERCIER a fait d'intéressantes recherches sur les erreurs que peut causer l'antipyrine dans la recherche de l'albumine dans l'urine. Avec le réactif de Tanret, l'antipyrine (ou mieux, une fois pour toutes, ses produits de décomposition) donne un précipité facilement soluble dans l'alcool, soluble à chaud. Le réactif d'Esbach se comporte de la même manière que le réactif de Tanret. De plus, le liquide reste opalescent et le dosage par la méthode des dépôts est impossible.

L'acide azotique ne donne pas de précipité avec l'antipyrine; il en est de même du ferro-cyanure de potassium en présence de l'acide acétique. Pour s'assurer de la présence de l'antipyrine dans une urine albumineuse, on essaie la réaction de Tanret et celle du perchlorure de fer après élimination complète vérifiée de l'albumine par

la chaleur. Il y a confusion possible de la coloration rouge qui se produit quand on fait réagir l'antipyrine sur le perchlorure de fer, avec la coloration violette que donnent les salicylates et le perchlorure. S'il y a doute, il faut rechercher le salicylate avec les méthodes délicates prescrites pour les vins. M. Mercier ajoute qu'il ne faut pas, quand on cherche l'antipyrine, déféquer l'urine par le sous-nitrate de plomb, à cause de la coloration que donnent les acétates avec le perchlorure. Il faut se servir d'une solution d'azotate de plomb à 1/20 et observer la couleur du liquide surnageant après dépôt du précipité de chlorure de plomb produit par l'addition du sel ferrique. (*Journ. de ph. et de ch.*, 90, 4.)

2° M. le docteur P. Piedpremier a publié, dans la *Gazette médicale de Nantes*, un travail intéressant sur l'incompatibilité de l'eau blanche et de la cantharidine. Les vésicatoires les meilleurs ne produisent que peu ou pas de révulsion sur les surfaces imprégnées d'eau blanche; la teinture d'iode appliquée sur ces surfaces rend au vésicatoire toute son énergie.

Ce fait tient à ce que la cantharidine se combine avec l'oxyde de plomb en excès dans l'eau blanche pour former un cantharidate insoluble. L'absence d'oxyde en excès dans l'acétate empêche cette neutralisation. On peut éviter la combinaison en traitant les régions imprégnées d'eau blanche : 1° soit à l'eau savonneuse qui enlève l'agent neutralisant; 2° soit à la teinture d'iode ou tout autre agent chimique avide de se combiner avec un oxyde en excès, le chromate de potasse, par exemple, ou bien encore l'eau vinaigrée.

Du reste, d'une façon générale, il faut toujours déterger la surface sur laquelle on applique un vésicatoire.

3° Les dissolvants ont certainement une grande influence sur la résorption du salicylate de soude. Otto Mastbaum vient d'étudier la question d'une manière complète et a constaté tout d'abord que les variations individuelles étaient très grandes. L'alcool en solution diluée n'a pas d'action sur l'absorption qui est au contraire très ralentie par l'alcool en solution concentrée. On peut, sans inconvénient, administrer le salicylate dans du pain azyme ; enfin il vaut mieux le donner en dehors des repas quand on veut qu'il pénètre rapidement dans l'organisme.

Les potions au salicylate sont souvent mal tolérées à cause de leur goût. D'après la *Pharmaceutische Post*, ce goût serait masqué si l'on place une petite quantité de sel marin sur la langue avant de prendre le médicament.

On peut administrer le salicylate de soude par le rectum. Steins, chez une femme atteinte de rhumatisme articulaire grave, dont l'estomac était intolérant, prescrivit trois fois par jour des lavements contenant 2 à 3 grammes de salicylate pour 200 grammes d'eau amidonnée. Presque tous furent gardés et l'amélioration de la maladie se produisit rapidement.

L'acide salicylique est faiblement soluble dans l'eau (500 parties à peu près). On peut rendre la solution plus concentrée en y ajoutant de la glycérine. M. Barnouvin (*Rép. de pharm.*, 1889, 11) a fixé les formules des solutions.

Un gramme d'acide salicylique se dissout très bien à chaud dans 50 grammes de glycérine, sans donner de dépôt par le refroidissement. Ce degré de solubilité est suffisant dans bien des cas. Pour les collutoires salicylés, on peut prescrire ;

Acide salicylique................................	25 ou 50 centig.
Glycérine à 28°..................................	25 grammes.

Faire dissoudre à chaud.

M. Barnouvin à constaté que la solution glycérique d'acide salicylique au cinquantième, à laquelle on ajoute 10 grammes d'eau, donne presque immédiatement un précipité d'acide. La solution au centième peut au contraire être additionnée d'eau en toutes proportions.

4° Terminons en citant une note du docteur Kobert sur les mélanges médicamenteux explosifs reproduite par le *Nice médical*.

Le *chlorate de potasse* mélangé à la poudre dentifrice au charbon peut faire explosion

même dans la bouche. Le chlorate de potasse, mélangé au *catéchu*, à la *noix de Gale* ou ou *tannin*, détone pendant le broiement même si l'on ajoute de la glycérine. Le chlorate de potasse et le *phosphate de sodium* détonent pendant que l'on mélange la poudre.

Une partie d'*acide chromique* mélangée à deux parties de *glycérine* éclate immédiatement. Il ne faut jamais mélanger de l'*iode* à de l'*ammoniaque*, parce qu'il se forme de l'iodure d'azote qui est extrêmement explosif. En mélangeant du *brome* à de l'*alcool*, on obtient du bromure d'éthyle détonant souvent. L'*acide picrique* réduit en poudre détone, mélangé à n'importe quelle substance. La *nitroglycérine* détone non seulement concentrée, mais même très diluée. Paul Rodais.

HYDROLOGIE

La constipation, ses causes, son traitement hydro-minéral à Châtel-Guyon.

De toutes les altérations apparentes de la santé, la constipation est celle qu'on traite le plus légèrement au début et celle qui, plus tard, pousse le malade à commettre le plus d'imprudences. Ce n'est d'abord, en effet, qu'un léger inconvénient; bientôt cela devient une réelle infirmité qui engendre une véritable obsession, et tel qui se félicitait presque de n'avoir pas à accomplir journellement une fonction, pourtant si nécessaire, finit par n'avoir plus qu'une préoccupation : obtenir une garde-robe tous les jours; et alors il épuise toutes les médications laxatives, purgatives, pharmaceutiques et autres, demandant des conseils à tout le monde et surtout à la quatrième page des journaux où s'étalent les pompeuses réclames d'une multitude de spécialités beaucoup plus aptes à provoquer et à aggraver le mal qu'elles ont la prétention de détruire qu'à l'enrayer ou à le guérir.

Aller consulter son médecin, voilà ce qu'il serait raisonnable de faire quand on est atteint de constipation; c'est ce à quoi l'on pense le moins, et voilà cependant ce qui serait prudent, car le temps n'améliore pas la situation, tant s'en faut, et la constipation peut n'être que le symptôme d'une affection grave qu'il serait très utile de reconnaître dès le début.

J'oublie que j'écris pour des médecins et je m'adresse aux malades; mais les médecins peuvent en prendre leur part; il faut bien avouer qu'ils sont, eux aussi, portés à traiter trop légèrement les rares malades qui s'adressent à eux au commencement de ce léger trouble des fonctions ordinaires; ils n'accordent pas toujours à ce symptôme toute l'attention qu'il mérite, ils se contentent de donner quelques conseils d'hygiène et ne se décident que beaucoup plus tard — parfois trop tard — à une inspection attentive des organes et à des investigations plus complètes, alors que c'est surtout en médecine qu'il faut arriver à temps si l'on veut avoir chance de réussir.

La constipation n'est pas une maladie; c'est le résultat d'une lésion organique ou d'un trouble fonctionnel. Avant de chercher à la combattre, il est donc absolument nécessaire d'en connaître l'origine. Or, les causes sont nombreuses. Le cadre d'un article de journal est trop restreint pour fournir sur un pareil sujet tous les développements qu'il comporte; cependant j'espère donner des indications suffisantes pour que le lecteur puisse se faire une idée juste et pratique des différentes manières d'être constipé.

Je diviserai les constipés en trois grandes classes :

1° Par obstacle ou obstruction mécanique.

2° Par diminution, suppression ou altération des sécrétions normales.

3° Par atonie ou asthénie.

La constipation, qui accompagne la grossesse dans certains cas, n'entre pas dans cette classification; j'en dirai un mot à la fin de cet article.

Reprenons maintenant chacune de ces grandes divisions en indiquant le rôle que jouent dans le traitement les eaux de Châtel-Guyon, la station classique des constipés.

1° Obstacle ou obstruction mécanique. — Dans cette catégorie sont d'abord comprises toutes les tumeurs de la région abdominale ou sous-diaphragmatique qui, par leur

situation et leur volume, peuvent obstruer partiellement ou complètement l'intestin, soit par obstacle direct, soit par compression des anses intestinales. Le traitement de ces tumeurs est le plus souvent du domaine de la chirurgie; nous n'avons pas à nous en occuper ici. Je laisse aussi de côté l'iléus ou volvulus qui exige une intervention énergique et immédiate tout à fait étrangère aux eaux minérales.

Les rétrécissements de l'intestin de forme inflammatoire ou diathésique avec ou sans épaississement des parois. La plupart de ces rétrécissements sont très efficacement traités à Châtel-Guyon, ceux qui sont de nature diathésique et surtout ceux qui restent après la fièvre typhoïde, la typhlite ou pérityphlite. Dans ce dernier cas le succès est certain après une ou deux saisons. Ces eaux favorisent la résorption des néoplasmes, en assurant des garde-robes régulières. Elles suppriment les causes d'irritation locales par arrêt des matières et font bientôt disparaître les dernières traces inflammatoires.

Les tumeurs hémorrhoïdales produisent presque toujours la constipation. Le traitement chloruré, sodique et magnésien de Châtel-Guyon les fait souvent disparaître et les diminue toujours; il combat du reste efficacement l'état variqueux, cause fréquente de constipation.

Les déviations et congestions de l'utérus forment souvent un obstacle à la liberté du ventre. La congestion cède facilement sous l'influence du traitement de Châtel-Guyon, si favorable dans beaucoup d'affections utérines; les déviations exigent un traitement spécial, mais qui est singulièrement facilité par la décongestion de l'organe et par l'action tonique et reconstituante de ces eaux.

2° Diminution, suppression ou altération des sécrétions normales. — Le défaut de sécrétion de la muqueuse de l'intestin est une cause fréquente de constipation. Les arthritiques et les herpétiques sont souvent atteints de cette sécheresse de la muqueuse. La vie sédentaire y prédispose, le défaut d'exercice suffisant, etc. Les constipés de cette catégorie usent des laxatifs et des purgatifs pour obtenir des garde-robes; ils y sont d'autant plus portés qu'ils réussissent au début, surtout avec les purgatifs salins : sels de soude, de magnésie, eaux d'Hunyadi-Janos, de Pullna, etc., et cependant ils voudraient rendre leur mal invétéré et inguérissable qu'ils ne devraient pas s'y prendre autrement. Ils se purgent par irritation de la muqueuse, et à peine l'effet demandé est-il produit, que la constipation reparaît plus intense que jamais; ils usent tous les médicaments de ce genre les uns après les autres, et la sécheresse de la muqueuse augmente tous les jours, et les garde-robes naturelles et spontanées diminuent graduellement pour disparaître tout à fait.

Dans cette forme de constipation si commune, il ne faut jamais employer la médication purgative et irritante; il faut s'arrêter à la médication stimulante qui peu à peu rétablit la fonction normale. Les eaux de Châtel-Guyon sont éminemment propres à obtenir ce résultat; avec de la patience et de la persévérance de la part du malade, le succès est certain, mais il ne faut pas vouloir quand même des effets immédiats; ceux qu'on attend le plus longtemps sont presque toujours les plus durables et les plus définitifs.

La bile est aussi nécessaire aux fonctions de l'intestin que sa propre sécrétion muqueuse; si donc elle est sécrétée en quantité insuffisante par le foie, la constipation est inévitable, et la digestion intestinale compromise. Cet état pathologique est très fréquent, sans même que le foie soit réellement malade; souvent aussi la bile subit différentes altérations qui aboutissent à la formation de sables biliaires ou même de calculs du foie (lithiase biliaire); ces altérations de la bile entraînent aussi la constipation. Le traitement de Châtel-Guyon stimule énergiquement le foie et rend de grands services quand sa fonction est diminuée ou quand la bile sécrétée est altérée dans sa composition; il est alors quelquefois nécessaire d'avoir recours à certains drastiques comme la rhubarbe, l'aloès, etc.; le médecin est le seul juge de l'opportunité de leur emploi. Une médication alcaline est aussi souvent indispensable après la cure de Châtel-Guyon contre la lithiase biliaire.

3° Par atonie ou asthénie. — Cette catégorie comprend tous les constipés par insuffisance des mouvements péristaltiques de l'intestin quand elle n'est pas due à la diminu-

tion de la sécrétion biliaire, mais bien au défaut de tonicité musculaire et d'influx nerveux. L'anémie prédispose à cette forme de constipation; presque tous les anémiques sont constipés. Les affections des centres nerveux y aboutissent aussi ainsi que l'asthénie des vieillards. C'est la constipation par atonie ou asthénie qui produit ordinairement les dilatations intestinales et principalement la dilatation rectale. Dans cette forme de la constipation, les purgatifs sont impuissants et dangereux; il faut traiter le ma originel et se garder de prendre l'effet pour la cause. Le chlorure de sodium et surtout le chlorure de magnésium sont les plus puissants stimulants de la fibre lisse qui constitue la tunique musculaire de l'intestin, et les eaux de Châtel-Guyon sont les plus chlorurées magnésiennes que l'on connaisse. Elles contiennent aussi une quantité considérable de fer si nécessaire aux anémiques et qui, en dissolution dans leur masse et associée aux chlorures, s'assimile parfaitement sans aucun des inconvénients inhérents aux autres préparations ferrugineuses. Leur action décongestionnante est aussi très utile dans beaucoup d'affections des centres nerveux; enfin elles accélèrent les mutations générales, stimulent la vitalité et combattent par conséquent l'asthénie, quelle que soit son origine.

Les constipés de cette catégorie n'abusent pas seulement des purgatifs, mais aussi des lavements, qui facilitent, il est vrai, momentanément aussi la liberté du ventre, mais qui ont le grave inconvénient d'amollir les tuniques intestinales, de les dilater et d'augmenter l'atonie.

La constipation accompagne souvent la grossesse et dure quelquefois autant qu'elle. Pourquoi les femmes enceintes sont-elles constipées? Je ne crois pas qu'il ait été fait une réponse satisfaisante à cette question. Les uns ont attribué ce défaut des fonctions intestinales à l'effet mécanique produit par le développement de l'utérus gravide. Cette explication est loin d'être concluante, car alors toutes les femmes enceintes devraient être constipées; il faut chercher la vraie cause dans des troubles nerveux et de la circulation encore mal définis. Quoi qu'il en soit, les eaux de Châtel-Guyon ont fait leurs preuves dans cette forme de la constipation. J'ai un certain nombre d'observations, communiquées par des confrères, qui ne laissent aucun doute à ce sujet. Cette indication est d'autant plus précieuse que, pendant la grossesse, le médecin est presque complètement désarmé contre l'insuffisance des garde-robes, car il ne saurait être question, dans un cas semblable, d'user et d'abuser des purgatifs.

Pour traiter la constipation, il faut aussi tenir grand compte de l'hygiène et de l'alimentation, qu'on doit varier suivant les causes et qu'il est impossible d'établir d'une manière générale. Certains agents thérapeutiques, comme l'électricité, peuvent aussi venir en aide très efficacement. Toutes ces considérations m'entraîneraient trop loin; une longue expérience de près de vingt ans m'a permis de constater l'efficacité certaine du traitement de Châtel-Guyon dans un grand nombre des formes de la constipation; j'ai pu observer beaucoup de malades, et mon opinion est basée sur des faits cliniques nombreux et précis. L'eau transportée elle-même produit d'excellents résultats. Dans le cas d'atonie intestinale, on obtiendra de très bons effets à domicile, en ajoutant au traitement en boisson l'usage des lavages prolongés de l'intestin par le rectum, avec l'eau de Châtel-Guyon. Pour cela, il faut préférer aux irrigateurs le système qui consiste à introduire le liquide au moyen d'un tube amenant l'eau d'un vase servant de réservoir et placé à 2 mètres ou 2 mètres 50 au-dessus du point d'arrivée; beaucoup de mes confrères m'ont fait part des succès obtenus par ce procédé qu'il m'a semblé utile de vulgariser.

Tout insuffisant que soit cet article pour traiter un pareil sujet, je crois cependant avoir établi d'une manière formelle la nécessité pour le malade et le médecin de prendre au sérieux le trouble fonctionnel caractérisé par l'insuffisance des garde-robes et avoir démontré la nécessité de se rendre compte de sa cause réelle avant d'instituer aucun traitement. J'ai voulu aussi mettre les malades en garde contre l'abus des purgatifs répétés. Ce sont des médicaments précieux dont on peut tirer les plus grands avantages, mais ils ne doivent en aucun cas entrer dans l'hygiène ordinaire; leur emploi doit être toujours passager, bien motivé et ordonné par un médecin. La médecine du ventre, si féconde en résultats, a la plus grande importance et ne saurait être abandonnée sans

danger aux caprices et à la fantaisie du malade. C'est par l'intestin qu'on digère, qu'on absorbe, qu'on répare, qu'on entretient, qu'on soutient. Dans beaucoup d'affections même fort graves, tant que les fonctions de l'estomac et de l'intestin sont conservées à peu près intactes, rien n'est irrémédiablement compromis. Voyez les phthisiques : la plupart du temps ils vont tant qu'ils digèrent, après c'est la fin; quand l'intestin est perdu, on peut le dire, rien ne va plus. Cela vaut la peine qu'on y réfléchisse.

Dr A. Baraduc,
médecin consultant à Châtel-Guyon.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Loi et traitement préventif des rechutes dans les fièvres intermittentes alluvioniques, par M. A. Treille (d'Alger). — Le premier caractère clinique des véritables fièvres à quinquina est celui-ci : accès revenant toujours d'une manière identique; sulfate de quinine n'agissant jamais sur le premier accès attaqué, tout en l'atténuant notablement, mais coupant toujours le second.

Un second caractère est la tendance invariable aux rechutes. La rechute, pour ainsi dire fatale, se produit, en quelque sorte, d'une manière mathématique. La première ou la seconde ont lieu, d'ailleurs, à des époques plus ou moins éloignées. La période qui s'écoule entre elles est, par sa durée, en raison directe de la dose de sulfate de quinine employée pour couper le premier accès. Plus la dose a été forte, plus tardive sera la rechute.

Mais si la dose a été faible, de 1 gramme ou de 50 centigrammes seulement, par exemple (ces doses m'ont paru le plus ordinairement suffisantes pour empêcher le retour du second accès), on peut dire que 90 ou 95 fois sur 100, sinon plus, la rechute se produira au sixième jour après le premier accès sur lequel a porté le sulfate de quinine. Cette durée de la période intercalaire me semble exactement égale à la durée de l'incubation de la fièvre alluvionique.

La rechute est la même pour les types quotidiens, tierce et quarte, les seuls que j'aie constatés depuis vingt ans que je suis en Algérie.

Si l'on dresse un tableau comparatif où l'on marque par le signe + le jour des accès, on voit que les accès des 2, 3, 4, 5, 6 dans la quotidienne, des 3 et 5 dans la tierce, du 4 dans la quarte, manqueront après l'administration du sulfate de quinine à la date 1.

J'ai basé sur cette observation, depuis plus de douze ans déjà, une méthode de traitement préventif des rechutes, qui m'a toujours réussi. Elle consiste à n'administrer le sulfate de quinine qu'en le faisant porter sur les jours de rechute certaine ou probable. La formule du traitement préventif est donc celle-ci : $1 + 5 + 1 + 5 + 1 + 5$... le chiffre 1 représentant le jour sur lequel doit porter le sulfate de quinine, 5 la période intercalaire où le médicament est sans objet. En partant du commencement d'un mois de 31 jours, par exemple, on voit que les jours où il faut donner le médicament sont les 1, 7, 13, 19, 25, 31. Ce que je traduis pour les malades en recommandant d'avancer chaque semaine d'un jour l'administration du sulfate de quinine.

J'estime qu'il est utile d'employer, au moins pour combattre les premiers accès et ceux des deux ou trois premières rechutes; des doses de 2 grammes à 3 grammes de sulfate de quinine, en deux doses, à six ou huit heures d'intervalle, la seconde dose arrivant presque à l'affleurement du retour présumé de l'accès. J'ai même souvent employé des doses de 4 grammes sans constater d'accident. Elles ont l'avantage de mieux prévenir les rechutes. J'ai l'habitude de continuer la médication pendant un mois et demi, deux mois, sans autre adjuvant qu'un régime tonique, en diminuant les doses, mais sans les abaisser toutefois au-dessous de 1 gramme. Je n'ai, pour ainsi dire, point vu de rechute après un mois et demi.

Il n'existe pas, à ma connaissance, de transformation en fièvres dites *larvées*. Celles-ci sont d'un autre ordre et de causes très diverses. L'observation thermométrique est le

critérium de l'alluvionisme, avec le sulfate de quinine comme pierre de touche dans les conditions indiquées.

Je ne prescris donc que le sulfate de quinine contre les fièvres intermittentes alluvioniques et je procris formellement tous autres médicaments. Mes malades ont toujours guéri, et cela sans changer de climat, ni même de résidence.

J'ai systématiquement renoncé depuis plus de seize ans au sulfate de quinine dans les fièvres dites *rémittentes*, qui me paraissent de nature typhoïdique atténuée.

Les fièvres dites *pernicieuses* me semblent également d'une autre nature. Le sulfate de quinine se comporte d'une manière très inégale envers elles, tout en étant peut-être le meilleur médicament. Elles seraient dues, autant que je puis croire, a des virus exaltés par passage. Elles n'ont pas de tendance aux rechutes après guérison d'un premier accès, ou, du moins, les rechutes ne se produisent pas dans les mêmes conditions que celles indiquées plus haut.

Les fièvres rémittentes et pernicieuses confèrent l'immunité à ceux qui en ont été atteints. La fièvre intermittente alluvionique ne paraît pas la conférer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai. — Présidence de M. Terrier.

Sommaire : Traitement du cancer du rectum.

M. Reclus a, dernièrement, opéré un cancer du rectum par la méthode de Kraske. Le malade était un homme robuste âgé de 47 ans. La tumeur commençait à 5 centimètres de l'anus et remontait assez haut au-dessus de l'ampoule. Elle était dure, saignait facilement et, quoique de volume considérable, paraissait assez mobile. M. Reclus réséqua le coccyx et une partie du sacrum, puis enleva la virole cancéreuse de l'intestin. Il réunit ensuite le bout supérieur au bout inférieur par une double suture dont les fils ressortaient par le rectum et plaça un gros drain dans l'intestin. Le résultat fut parfait et le sphincter recouvra toutes ses fonctions, bien que l'on ait dû le sectionner au moment de l'opération. L'extraction des crins de Florence, placés à la partie supérieure du rectum, fut un peu difficile.

M. Reclus regarde l'opération de Kraske comme bien supérieure à l'anus iliaque dans beaucoup de circonstances, et comme valant mieux que les autres modes d'extirpation. Il faut bien fixer les indications de l'opération et ne pas l'employer dans tous les cas. Quand la tumeur est adhérente et trop volu n neuse, l'extirpation est forcément incomplète et alors la récidive se fait rapidement, la mortalité est considérable et il persiste des trajets fistuleux. Quand, au contraire, le cancer est bien limité, mobile et de petit volume, la méthode de Kraske donnera d'excellents résultats.

M. Berger fait remarquer qu'il est souvent bien difficile de diagnostiquer exactement 'étendue du mal. Il y a quelques jours, il a fait l'opération de Kraske sur un homme de 40 ans; le cancer commençait à 3 centimètres de l'anus et remontait jusqu'à 10 ou 12 centimètres au moins. L'exploration semblait indiquer qu'il n'y avait pas d'adhérences. Après la résection des parties osseuses, l'extirpation du rectum fut très pénible, car il adhérait en arrière à des tissus indurés qui étaient formés par des ganglions et des vaisseaux lymphatiques et s'étendaient jusqu'à l'angle sacro-vertébral. Il fut très difficile d'enlever complètement les tissus. M. Berger termina, comme d'habitude, le reste de l'opération, qui dura deux heures. Le malade fut enlevé le troisième jour par des accidents d'intoxication iodoformée.

M. Berger insiste sur ce point que la détermination exacte de l'étendue du cancer et du degré de l'extension aux lymphatiques est souvent très difficile. Il signale les dangers qu'il y a à se servir d'une gaze fortement iodoformée, et cependant il n'y avait eu, de fait, avec cette gaze, qu'un tamponnement momentané. Pour lui, on doit réserver l'opération de Kraske aux cancers élevés, mobiles et sans propagation marquée.

M. Pozzi recommande de battre les gazes iodoformées avant de les employer. Il a fait une fois l'opération de Kraske. La limite supérieure du cancer n'était pas accessible et il

fut déterminé à l'opération par des accidents d'obstruction. La tumeur avait envahi une partie de l'S iliaque, qui était venue lui adhérer. M. Pozzi dut sectionner l'intestin en plusieurs points, faire de nombreuses sutures et, finalement, établir un anus sacré. Le malade mourut au bout de quatre jours.

Peut-être pourrait-on faire d'abord une incision sacrée exploratrice. On terminerait par l'anus iliaque si l'opération était trouvée impossible.

Bien que trouvant l'opération de Kraske hardie, M. Richelot lui reconnaît deux grands avantages; elle permet de conserver le sphincter et d'éviter le rétrécissement et l'incontinence; on peut, avec elle, attendre les cancers élevés. Elle est contre-indiquée quand on ne peut faire complètement l'ablation; par contre, on doit y avoir recours si le cancer est élevé et bien limité.

M. Berger reconnaît que cette indication est bonne, mais bien souvent il sera difficile de la formuler exactement quand le cancer sera très haut.

Même avec les anciennes méthodes, M. Terrier a pu, dans plusieurs cas, conserver les sphincters. L'opération de Kraske est indiquée dans les cancers annulaires par trop étendus. Il ne faut pas l'employer s'il y a des phénomènes d'étranglement, car alors on ne peut désinfecter suffisamment l'intestin. Il est mieux alors de faire de suite un anus contre-nature. La section du sphincter anal en arrière entraîne celle des nerfs qui se rendent au muscle, et il peut en résulter l'incontinence. Après l'opération de Kraske, l'incontinence s'observe parfois au début.

M. Richelot a pu enlever un cancer par la voie sacrée et poser exactement un diagnostic, bien que la tumeur fût fort élevée.

M. Reclus regarde l'anus iliaque comme ayant été trop décrié.

Pour M. Terrier, au contraire, l'infirmité qui résulte de l'anus iliaque est des plus pénibles, et, dans bien des cas, les malades lui préfèreront l'opération radicale, même avec ses chances d'insuccès.

— M. Tuffier fait une communication sur la fixation de la vessie à la paroi abdominale antérieure comme traitement de la cystocèle vaginale.

— M. Berger présente un enfant atteint de *mégalopodie congénitale*. Il a réséqué une partie du squelette du pied.

— M. Polaillon montre une malade à laquelle il a fait la *palatoplastie*. Il fait les incisions libératrices la veille de la suture.

— M. Reynier présente une malade à laquelle il a fait, il y six ans, une double ostéotomie pour genu valgum. Le résultat est très bon.

COURRIER

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Libermann, médecin principal de première classe, en retraite, décédé à l'âge de cinquante-cinq ans.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

***Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Les troubles trophiques des extrémités dans le rhumatisme chronique (1)

Leçon recueillie par M. Ad. LAFFITTE, interne du service.

Les désordres trophiques, dont je vous ai montré un grand nombre d'exemples, apparaissent rarement avant la fin de la période de développement, c'est-à-dire avant la vingt-cinquième année. A partir de ce moment, ils commencent à se montrer, et ils s'accentuent à mesure qu'on avance en âge; c'est entre 40 et 50 ans qu'ils sont le plus manifestes. Ils atteignent, par ordre de fréquence, les membres inférieurs, l'extrémité céphalique, les membres supérieurs. Ils sont presque toujours symétriques; ils ne remontent guère au-dessus du genou et au-dessus du coude; c'est au niveau des pieds et des mains qu'ils atteignent leur intensité la plus grande.

La *peau* et ses *annexes* sont d'ordinaire les premières parties affectées. La peau change de coloration; elle est rouge ou pâle, souvent atrophiée, lisse, luisante, surtout au niveau des doigts; on dirait qu'on l'a recouverte d'une couche de vernis. Elle s'indure quelquefois, prend une coloration d'un blanc mat, cireuse, et comprime les tissus sous-jacents; ce sont les lésions de la sclérodermie. Elle est le siège d'éruptions très diverses : tantôt il s'agit de plaques érythémateuses, tantôt d'une éruption d'herpès ou de bulles de pemphigus; tantôt se montrent des phlyctènes. Il n'est pas rare que ces diverses éruptions suivent le trajet connu d'une branche nerveuse. Dans d'autres circonstances, la peau s'épaissit, des durillons se montrent, les cellules épidermiques se desquament et tombent sous forme d'une fine poussière; quelquefois, l'épiderme blanchit, se fendille, et s'enlève sous forme d'écailles, de plaques d'étendue variable. Il n'est pas rare de constater, surtout à la face interne des jambes, des taches pigmentaires jaune foncé ou noires, irrégulières, souvent symétriques, et qui sont sous la dépendanse de troubles nutritifs des cellules profondes de l'épiderme. Les malades les attribuent souvent à des traumatismes qu'ils auraient reçus, et les médecins sont trop portés à les regarder comme des cicatrices d'ulcères variqueux, surtout s'il existe en même temps des dilatations veineuses, ce qui est la règle dans l'espèce.

Les lésions des *ongles* sont extrêmement fréquentes; elles existent fréquemment dans des cas où les altérations cutanées sont minimes. Elles se

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

montrent sous trois formes différentes : tantôt l'ongle est hypertrophié, luisant; il présente des cannelures profondes dans le sens transversal, parfois suivant sa longueur; il se recourbe suivant son grand diamètre, de sorte que son extrémité libre s'applique intimement sur la pulpe digitale; il est alors tout à fait comparable à la queue de l'écrevisse; — tantôt il est volumineux, surtout au niveau de son extrémité libre, mais terne, squameux, fragile; — tantôt, enfin, il est desséché, il se ratatine et finit par tomber spontanément.

Le *système pileux* est atteint à son tour : les poils deviennent fragiles, ils se dessèchent et finissent par disparaître. C'est au niveau du crâne que ces lésions sont manifestes : la calvitie est très fréquente chez les rhumatisants chroniques; elle débute en général par le sommet du crâne, puis s'étale sous forme de tonsure, et gagne enfin les parties antérieures jusqu'au front. La région occipitale reste longtemps indemne ainsi qu'une légère bande latérale, au niveau des pariétaux. La calvitie prend ainsi une forme spéciale en fer à cheval, caractéristique. Les cils tombent souvent, surtout à la paupière inférieure, qui est rouge, injectée par suite de la blépharite dont elle est le siège.

Le *tissu conjonctif* présente en général des modifications notables. Souvent il s'amincit, s'atrophie, et la peau semble collée directement sur l'os sous-jacent; c'est ce que l'on peut voir à la face antéro-interne de la jambe, où le tibia n'est séparé de la peau que par une simple couche conjonctive. Dans d'autres cas, on voit survenir des œdèmes, souvent localisés autour des jointures, symétriques, et qui s'accompagnent d'une sensation pénible de cuisson et parfois de rougeur. Ces œdèmes nerveux, généralement fugaces, se montrent parfois autour de l'articulation tibio-tarsienne ou de la partie inférieure de la jambe. Les veines qui rampent dans le tissu cellulaire sont d'ordinaire dilatées et sinueuses.

Les *aponévroses* peuvent s'épaissir et se rétracter. Celle qui se prend le plus fréquemment est l'aponévrose palmaire, et l'on a dans ce cas la maladie de Dupuytren. Cet auteur considérait la rétraction de l'aponévrose comme un effet du traumatisme, à la suite des froissements répétés dont la paume de la main est le siège. Cette opinion est aujourd'hui communément rejetée, et l'on admet que cette affection est une des manifestations du rhumatisme chronique. La maladie débute par une gêne dans les mouvements d'extension des doigts; puis des indurations sous-cutanées, parfois douloureuses, se montrent à la face palmaire; enfin se forment des brides verticales adhérentes à la peau qui produisent une rétraction progressive des doigts correspondants. Cette affection est lente dans sa marche, mais fatalement progressive.

Les *os* sont souvent déformés, hypertrophiés, couverts d'ostéophytes : les têtes des métatarsiens, l'extrémité supérieure du tibia, les têtes des métacarpiens sont le siège le plus ordinaire de ces néoformations. Parfois le trouble trophique se traduit par des phénomènes de périostite, et l'os peut arriver à se nécroser.

Les *articulations* sont volumineuses, tuméfiées; le cartilage diarthrodial disparaît à la suite de phénomènes de résorption qui mettent à nu la substance osseuse; il se produit des craquements articulaires qui sont perceptibles à la main et parfois aussi à l'oreille, quand ils sont très prononcés.

De temps en temps se montre une poussée fluxionnaire avec épanchement qui peut être longue à se résoudre. Le genou et l'épaule sont atteints spécialement par cette forme particulière d'arthrite.

Les *muscles* résistent plus longtemps; ils s'atrophient à la longue, mais d'une façon peu notable; ils sont le siège de crampes, d'élancements douloureux qui indiquent leur participation aux désordres trophiques. Les muscles du mollet et ceux de l'avant-bras sont frappés d'ordinaire.

La *sensibilité* est fréquemment atteinte au niveau des régions altérées : tantôt il s'agit d'une anesthésie complète : la douleur, le tact, la température ne sont aucunement perçus. Plus souvent il s'agit d'une anesthésie relative : la sensibilité à la douleur est affaiblie, mais existe; de même pour les autres formes de la sensibilité. Dans des cas assez fréquents, il y a au contraire une hypéralgésie très marquée : la piqûre la plus superficielle, le pincement de la peau, parfois même le simple frôlement de l'épiderme sont très douloureusement ressentis.

Il est fréquent aussi d'observer des troubles de la *calorification* : la température, au niveau des points atteints, est d'ordinaire abaissée de quelques dixièmes de degré. Mais quand se produisent des poussées congestives, des plaques de lymphangite ou d'érythème, des œdèmes nerveux, la température locale remonte et dépasse la normale; ce dont on peut s'assurer en plaçant sa main sur les parties malades.

Je dois enfin vous signaler les modifications de la *sécrétion sudorale* qu'on note si fréquemment au niveau des extrémités chez les rhumatisants chroniques. La sudation est presque constamment augmentée; il suffit de découvrir les jambes du malade pour voir perler à la surface des orteils et sur le dos des pieds de fines gouttes de sueur. Cette hypersécrétion est à rapprocher de celle que nous observons si fréquemment chez nos alcooliques, et qui me paraît aussi sous la dépendance d'une lésion des nerfs périphériques.

Je considère que tous les désordres que nous venons d'étudier ensemble sont d'ordre trophique et qu'ils sont dus à des lésions anatomiques des extrémités nerveuses. Je puis vous donner trois séries de preuves : preuves cliniques, preuves histologiques, preuves expérimentales.

a) *Preuves cliniques.* — Je vous rappellerai d'abord qu'un certain nombre d'affections du système nerveux s'accompagnent de lésions périphériques analogues à celles que nous venons de passer en revue. En 1868 (1), M. Charcot a publié un mémoire où il montre les arthropathies consécutives aux lésions du cerveau et de la moelle. Vous connaissez tous les lésions articulaires et osseuses qui se voient dans le cours du tabes dorsalis et qu'on a décrites dans ces derniers temps sous le nom de pied-bot tabétique. Vous savez que les myélites chroniques, les lésions des racines rachidiennes et des nerfs s'accompagnent fréquemment de plaques érythémateuses, d'éruptions cutanées souvent vésiculeuses, d'herpès, de pemphigus; on y rencontre aussi des modifications de la peau se traduisant par de l'atrophie et un aspect lisse, par la chute des poils, la desquamation des couches superficielles de l'épiderme; enfin, on peut trouver des troubles plus profonds, des ulcérations cutanées et même des lésions osseuses. J'ai publié dans mon *Traité d'anatomie pathologique* (2) plusieurs obser-

(1) Charcot : *Archives de physiologie*, 1868.
(2) Lancereaux : *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, 1885.

vations où des malades atteints d'affections diverses de la moelle épinière ont présenté des désordres trophiques très marqués.

Dans un cas de mal de Pott avec compression de la moelle dorsale, j'ai vu se produire sur les deux jambes des squames épidermiques blanches argentées, semblables à celles du psoriasis. Les ongles des orteils étaient très volumineux, recourbés, cassants et s'écaillaient avec la plus grande facilité. Sous l'influence d'un traitement approprié, la compression de la moelle diminua et les désordres cutanés disparurent. Chez une malade de mon service atteinte de paralysie générale avec lésions médullaires, il se développa, peu de temps avant la mort, un mal perforant qui traversa tout le pied, y compris les os. Enfin j'ai observé un malade qui reçut à la bataille de Champigny un coup de feu à la fesse gauche avec blessure du nerf sciatique, et qui présenta une éruption érythémateuse et vésiculeuse du pied, puis un ulcère perforant sous le gros orteil; la peau du pied était tendue, rosée et parcourue de grosses veinosités bleuâtres; les ongles étaient hypertrophiés et cassants, les articulations des phalanges étaient le siège d'ostéophytes multiples.

Des preuves plus évidentes encore sont celles que fournit l'observation des troubles qui se produisent à la suite des sections nerveuses accidentelles ou chirurgicales. Les deux exemples suivants me paraissent très instructifs. Un malade observé par M. Chalot (1) tombe sur un fragment de verre qui lui fait une entaille demi-circulaire au devant du pisiforme du poignet droit, c'est-à-dire juste au point où le nerf cubital se divise en deux branches palmaires, superficielle et profonde. L'accident s'accompagne de douleurs très vives irradiées dans toute la main, surtout vers la partie interne. Un mois après, les muscles interosseux et ceux de l'éminence hypothénar sont atrophiés. La peau est sèche, froide, absolument lisse et desquamme abondamment; l'annulaire et le petit doigt ont leurs ongles ternes, cassants, atrophiés; la sensibilité est abolie dans le territoire de la branche nerveuse altérée. Enfin, l'articulation de la phalangine et de la phalangette du petit doigt est gonflée, douloureuse et présente une ankylose incomplète. Tous ces troubles, l'arthropathie comprise, sont liés à des désordres nerveux.

M. Hayem (2) publie le cas d'un homme de 22 ans qui, en 1871, reçoit un éclat d'obus dans la partie moyenne et externe du mollet gauche. La plaie se cicatrise, mais reste douloureuse. Deux mois après surviennent dans le pied des fourmillements et des picotements; le gros orteil, puis le pied gauche se tuméfient; l'ongle du gros orteil tombe, les autres s'épaississent et se fendillent; enfin, des ampoules et des ulcérations profondes, en tout semblables à celles du mal perforant, se produisent sous le premier et le deuxième orteils. Les poils de la jambe lésée sont plus développés que ceux du côté opposé et plus riches en pigment; le pied malade est couvert de sueur. J'ai choisi à dessein ces exemples, car ils sont très démonstratifs : les lésions consécutives à la blessure de branches nerveuses sont absolument identiques à celles que je vous ai décrites dans le rhumatisme chronique. Je suis donc autorisé à affirmer que, dans cette dernière maladie, les désordres trophiques ont aussi leur origine dans des lésions des nerfs.

(1) Chalot : *Montpellier médical*, 1876.
(2) Hayem : *Archives de physiologie*, 1878.

b) *Preuves histologiques.* — Mais la démonstration peut être poussée plus loin. En effet, l'examen histologique des extrémités nerveuses a été fait dans quelques cas, et souvent des lésions ont été notées. C'est ainsi que Kopp (1) a disséqué les terminaisons des nerfs chez des malades présentant des troubles trophiques des extrémités, tels que cors, durillons, ichtyose. Il a trouvé, dans la plupart des cas, des fibres nerveuses dégénérées.

MM. Pitres et Vaillard (2) ont examiné les filets nerveux terminaux dans trois cas de rhumatisme chronique à marche progressive. Ils ont trouvé, au pourtour des articulations malades, les inflammations des nerfs caractérisées par la segmentation de la myéline et la disparition d'un bon nombre de tubes nerveux. De même, dans des cas où existaient aussi des troubles trophiques musculaires et cutanés, ils ont observé plusieurs fois les signes caractéristiques de la névrite.

c) *Preuves expérimentales.* — Enfin, on a essayé de reproduire expérimentalement les désordres trophiques consécutifs aux lésions nerveuses.

Schrœder van der Kolk sectionne le nerf sciatique chez les mammifères; il observe des troubles de la nutrition dans la patte correspondante : chute des ongles, des poils, ulcérations cutanées.

Adelman de Dorpat, cité par moi (*De la maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée.* Paris, 1872), a observé que la section du nerf tibial, chez le cheval, était suivie d'un accroissement du sabot.

Samuël (3) fait passer un courant d'induction dans le ganglion de Gasser d'un lapin; les vaisseaux de la conjonctive s'injectent, les larmes coulent abondamment, puis un écoulement puriforme se produit. Le globe oculaire est le siège d'une hyperesthésie telle que le simple contact provoque des convulsions généralisées. Enfin, la cornée devient opaque et s'ulcère.

Joseph Max (4) prend des chats de trois ou quatre mois; il résèque un fragment du deuxième nerf cervical et le ganglion rachidien correspondant; il remarque, à la suite, de l'atrophie cutanée, et une chute des poils de l'oreille et des régions voisines.

En résumé, les troubles trophiques des extrémités chez les rhumatisants chroniques, semblables à ceux dont il vient d'être question, ont leur origine dans des désordres fonctionnels ou matériels du système nerveux. Quelque variés, quelque complexes qu'ils soient, ils trouvent tous leur explication dans une même cause nerveuse, et cette cause est précisément celle qui engendre le rhumatisme chronique lui-même. Il est donc logique de penser que les troubles trophiques sont en réalité des manifestations de même ordre que celles qui constituent le rhumatisme. Cette manière de voir repose, en somme, sur l'observation clinique et anatomique et sur l'expérimentation.

(1) Kopp : *Berliner Klin. Woch.*, décembre 1885,

(2) Pitres et Vaillard : *Arch. de méd.*, 1887. (Névrites périphériques dans le rhumatisme chronique.)

(3) Samuel : *Die Trophischen Nerven.* Leipsig, 1860.

(4) Joseph Max : *Arch. f. path. und physiol.*, 1887.

BIBLIOTHÈQUE

Bactériologie chirurgicale, par N. Senn, professeur de chirurgie au Rush Medical College de Chicago. — Traduction de M. A. Broca, chirurgien des hôpitaux. — Steinhell, 1890.

Si l'on considère les progrès immenses que la bactériologie a fait dans ces dernières années, et les changements considérables que ces progrès ont amené dans la manière d'envisager toute une classe d'affections, on comprendra que le chirurgien doit aujourd'hui, autant que le médecin, connaître d'une façon complète les causes mêmes de ces affections, c'est-à-dire les agents morbides qui les produisent.

A ce point de vue, l'œuvre de M. Senn rendra de très grands services et la traduction que M. Broca en a donnée sera bien accueillie en France.

Mais la bactériologie est une science en voie d'évolution et des travaux importants ont été publiés dans le cours de cette dernière année. Aussi M. Broca a-t-il cru indispensable d'intercaler au milieu du texte l'analyse de ces principaux travaux. Ainsi mis au point, le livre de M. Senn est destiné à compléter les traités de pathologie externe qui sont tous, même les plus récents, presque muets sur les questions bactériologiques.

Dans la première partie du livre, il étudie « les relations générales des micro-organismes avec les lésions traumatiques et les maladies chirurgicales ». Il analyse les diverses théories sur l'hérédité, l'existence des microbes pathogènes dans l'individu sain, les sources de l'infection.

Puis viennent les expériences de Metschnikoff sur la phagocytose et les travaux principaux sur l'élimination des agents pathogènes.

Dans la deuxième partie, M. Senn fait l'histoire de chacun de ces micro-organismes. Après d'intéressants chapitres sur l'inflammation, la pyohémie, la septicémie, il étudie le streptocoque de l'érysipèle et ses relations avec le streptocoque de la fièvre puerpérale et celui des suppurations ; le microbe du tétanos, celui de la tuberculose.

Par la fréquence de ses manifestations, la tuberculose est, de toutes les maladies microbiennes, celle qui intéresse le plus le chirurgien. Aussi, l'auteur passe-t-il soigneusement en revue ses diverses localisations.

Le charbon, la morve, la blennorrhagie, la syphilis sont ensuite minutieusement étudiés. Puis un chapitre est consacré à l'actinomycose, une affection trop peu connue chez nous, mais au sujet de laquelle le traducteur aurait pu réclamer la priorité pour la France, en citant les travaux de Davaine, de Laboulbène et de Lebert. Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur parle de l'hypothèse de l'origine microbienne des tumeurs et décrit les micro-organismes trouvés par Klebs, Weigert, Rappin et Scheuerlen.

P. L. G.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Congrès des Sociétés savantes.

28 et 30 mai 1890.

La section des sciences médicales a entendu cette année un certain nombre de communications intéressantes.

Nous signalerons d'abord une note de M. de Larabrie (de Nantes) sur les tumeurs du genre épithéliome (travail fait en collaboration avec M. Malherbe). Ils ont surtout étudié l'épithéliome calcifié bénin et l'épithéliome polymorphe qui siège principalement dans les glandes salivaires et les glandes de la bouche. Le caractère de ces tumeurs est le polymorphisme de la tumenr conjonctive qui peut présenter, outre le tissu fibreux, du tissu muqueux, cartilagineux ou même osseux. Cet épithéliome reste bénin tant que l'élément épithélial est peu important; il devient malin lorsque, par l'effet de l'âge, de contusions, cet élément épithélial devient prédominant.

ANÉMIE
CHLOROSE
LE FLACON : 4 FR.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER PUR

HÉMORRHAGIES
LYMPHATISME
LE FLACON : 4 FR.

Inaltérables, dosées à 0,05 de sel sec, représentant 4 gouttes de la Liqueur normale à 30°.
Dans toutes les PHARMACIES de FRANCE et de l'ÉTRANGER.

VICHY-SAINT-YORRE
SOURCES SAINT-LOUIS, N° 1 & N° 2

Ces eaux sont remarquables par la quantité des principes minéralisateurs qu'elles contiennent (10 gr. 1/2 de matière fixe), et par leur abondance en acide carbonique (plus du double de leur volume). Aucune source similaire n'en présente une pareille quantité, ce qui les rend **très agréables au goût** et empêche qu'elles ne s'altèrent par le transport.

Elles sont utiles dans toutes les **affections qui dépendent de la nutrition retardante** et peuvent se boire d'une façon continue sans le moindre inconvénient. Le criterium de la saturation est le goût du malade.

Ces Eaux se trouvent chez tous les Marchands d'Eaux Minérales et dans toutes les bonnes Pharmacies.
ADMINISTRATION : 27, Boulevard des Italiens, PARIS.

SIROP DE DIGITALE DE LABÉLONYE

Employé depuis plus de trente ans par les médecins de tous les pays contre les diverses **Maladies du cœur, Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes,** enfin dans tous les troubles de la circulation.

DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Approuvées par l'Académie de Médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur les autres ferrugineux et leur efficacité contre les maladies qui ont pour cause l'appauvrissement du sang.

ERGOTINE ET DRAGÉES D'ERGOTINE
de **BONJEAN**
(Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris)

L'***Ergotine Bonjean,*** soit en potion, soit en solution pour injections hypodermiques, est un des meilleurs hémostatiques. — Les ***Dragées d'Ergotine Bonjean*** sont employées pour **faciliter le travail de l'accouchement** et **arrêter les Hémorrhagies** de toute nature.

Dépôt Général : *LABÉLONYE et Cie, 99, rue d'Aboukir, Paris*
SE TROUVENT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE CHAQUE VILLE

SOLUTION, VIN et PILULES TONIQUES
DE CAFÉINE HOUDÉ
Lauréat de l'Académie de Médecine (PRIX ORFILA)

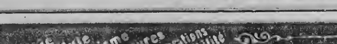
La Caféine, à haute dose, élève la tension artérielle, augmente la diurèse, excite la fibre cardiaque; son action se traduit par un surcroît d'activité des systèmes nerveux et musculaire. Elle agit à triple titre comme tonique du cœur, comme diurétique, et comme tonique général de l'organisme.

La Solution de Caféine Houdé sera prescrite avec succès dans les *cardiopathies* à la période ultime, dans l'*éclampsie,* l'*angine de poitrine,* la *pleurésie* et dans *tous les états adynamiques,* fièvre typhoïde, pneumonie sénile, rougeole, diabète, surmenage, cachexies, convalescence, chez les alcooliques, les vieillards et les enfants.

A haute dose, la Caféine est d'une efficacité et d'une innocuité complètes.

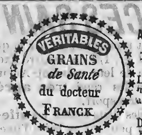
DOSAGE : 25 centigr. de caféine par centimètre cube. — On injecte de 5 à 8 seringues par jour, soit de 1gr.25 à 2 gr.

Vente en Gros : A. HOUDÉ, 42, Rue du Faubourg-Saint-Denis, PARIS.



LE PHOSPHATE MONOCALCIQUE CRISTALLISÉ DE BARBARIN
C'est le Phosphate de Chaux à son maximum de puissance et de pureté.
le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. pour 30. — Vin reconstituant titré à 1 gr. pour 60
Paris, 163, Rue de Belleville et Bonnes Pharmacies.
Épuisement Convalescence Croissance Dentition Grossesse Allaitement

DRAGÉES QUINOIDINE DURIEZ
Puissant tonique. — Très efficace contre les récidives des fièvres intermittentes.
Dix centigr. de Quinoïdine par Dragée. — Fl. de 100 : 4 fr. ... de 20 : 1 fr. — PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes Phies



(Formule du Codex N° 603)
ALOÈS & GOMME-GUTTE
Le plus commode des
PURGATIFS
très imités et contrefaits.
L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur les BOITES BLEUES est la marque des véritables
Dépôt Phie LEROY, 2, r. Dau
ET TOUTES LES PHARMACIES

MALADIES DE POITRINE
SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL
Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*
Pharmacie SWANN
PARIS. 12, RUE CASTIGLIONE, 12. PARIS

Médailles aux Expositions
GUÉRISON des MALADIES
DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE
DYSPEPSIE — GASTRALGIE
CONSTIPATION — GASTRITE, ETC.
EXIGER LA SIGNATURE
Guéries par la
MALTINE GERBAY
Dosée par le Dr COUTARET, Lauréat de l'Institut.
Approuvé par l'Académie de Médecine.
Exportation ***GERBAY, Roanne*** (Loire)
Dépôt dans toutes les Pharmacies.

VIN DE G. SEGUIN
Le Vin de SEGUIN est un puissant *Tonique*, pris avant le repas, il facilite la digestion. Il est très utile pour empêcher le retour des fièvres intermittentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT.
Paris, pharm. G. SEGUIN, 378, rue St-Honoré.

VIN MARIANI
à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Prix : 5 fr. la bouteille.
Maison de Vente MARIANI bd Haussman, 41
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Blennorrhagie et Affections de la Vessie
CAPSULES
d'Essence de Santal Citrin
de PAUL PETIT
Phn de 1re Cl., 34, r. de la Montagne Ste-Geneviève, Paris
Ces capsules, préparées avec l'*Essence pure* de *Santal Citrin* distillée dans son Laboratoire, constituent le meilleur remède pour combattre la *Blennorrhagie* à toutes ses périodes ainsi que les *Affections catarrhales* de la *Vessie*. Elles agissent sûrement et rapidement, elles évitent l'emploi des injections, et ne répandent pas d'odeur désagréable.
6 FR. LA BOITE, 3 FR. LA DEMI-BOITE.
Dépôt dans toutes Pharmacies de France et de l'Etranger.

PHTHISIE
BRONCHITES, TOUX, CATARRHES
CAPSULES CRÉOSOTÉES
Du Docteur FOURNIER
VIN & HUILE CRÉOSOTÉS (0.20 par cuill.)
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885

Médaille de bronze, Francfort 1881. — médaille d'argent, Bordeaux 1882.
LA BIENFAISANTE
DE
PONT DE NEYRAC
Affections du tube digestif,
Engorgements du foie et Calculs biliaires.
Chez J. TAVERNIER, Propre à AUBENAS (Ardèche)
et chez les pharmaciens et marchands d'eaux minles.

Agréable à boire
Tonique
Reconstituante,
EAU de
Guérit
L'ESTOMAC
et régularise les
fonctions de
L'INTESTIN
POUGUES

BAINS D'EAUX MÈRES

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50 c. *Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.*

DÉPÔTS : A Paris, Pharmacie centrale de France 7, rue de Jouy. ARNAULT, pharm., rue St-Lazare, 101. — Province : les principales pharmacies. A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.

ANÉMIE, LANGUEUR, RACHITISME

PHcie BILLON MARCIGNY (Saône-et-Loire)

VIN BILLON au SANG de VEAU

Immédiatement assimilable

LE MEILLEUR DES TONIQUES, LE PLUS SUR DES FERRUGINEUX

DOSE : Une Cuillerée à chaque repas.

POUDRE APERIENTE BILLON

Ne contient pas de principes drastiques. Rétablit la régularité des gardes-robes, sans irriter, purger, ni donner de coliques.

VOSGES **PLOMBIÈRES** VOSGES

Station Thermale ouverte du 15 Mai au 1er Octobre

Traitement des Maladies du Tube Digestif, des Affections Rhumatismales et des Voies Utérines

TRAJET DIRECT DE PARIS A PLOMBIÈRES EN 8 HEURES

EAU EN BOISSON. — BAINS CONCENTRÉS

Expédition des Eaux et Bains Concentrés pour usage à domicile.

Les **Eaux de Plombières** sont transportées sans altération, elles se conservent indéfiniment.

Les **Bains Concentrés** sont obtenus par l'évaporation de l'Eau minérale, et ont toutes les propriétés médicales du Bain de Plombières. — ADRESSER LES DEMANDES DIRECTEMENT A LA *Cie de Plombières ou au Dépot Principal,* **Maison ADAM, 31,** *Boulevard des Italiens, à Paris.*

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

VOYAGES DANS LES PYRÉNÉES

La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant quatre itinéraires différents, permettant de visiter le Centre de la France, les Stations hivernales et balnéaires des Pyrénées et des bords du Golfe de Gascogne.

Les prix de ces billets sont les suivants : 1er itinéraire, 1re classe, 225 fr. — 2e classe, 170 fr. — Durée de validité : 45 jours.

2e, 3e et 4e itinéraires : 1re classe, 180 fr. — 2e classe, 135 fr. — Durée de validité : 30 jours.

La durée de ces différents billets peut être augmentée, moyennant supplément, d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours.

Enfin, il est délivré de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets *aller* et *retour* réduits de 25 p. 100, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour se rendre à des points en dehors desdits itinéraires.

SIROP ET SOLUTION
REINVILLIER
AU PHOSPHATE DE CHAUX GELATINEUX

ÉLIXIR LUCAS
VIANDE — FER — VIEUX COGNAC
VRAI COUP DE FOUET
SURPASSE TOUS SES SIMILAIRES
Remède par excellence des Anémiques des Chlorotiques et
Surtout des Convalescents
Convient admirablement dans la *fièvre typhoïde à forme adynamique*. Aucun tonique ne répare les forces aussi sûrement et aussi rapidement.
NOMBREUX ÉLOGES DE MÉDECINS
LUCAS, pharmacien, Ingrandes (Maine-et-Loire)
Dépôt : ACARD, 213, r. St-Honoré, PARIS
PRIX : 3 FRANCS
Même Elixir sans fer.

4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.
Ampoules Boissy
A L'IODURE D'ÉTHYLE
Pour le *Traitement de l'Asthme*
Par la *Méthode iodurée.* — Guérison complète.
Pour inhalations — *Une dose par Ampoule*
BREVETÉES — S. G. D. G.
Ampoules Boissy
AU NITRITE D'AMYLE
SOULAGEMENT IMMÉDIAT
Et Guérison des ANGINES de Poitrine
Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystero-Epilepsie

AFFECTIONS CARDIAQUES
Traitées avec succès par les
Globules du Dr de Korab
à la Strophantine de Korab
à 0 gr. 001/2 milligr. — 1 à 4 par jour.
CHAPÈS, 143, Rue Saint-Denis, PARIS *et Pharmacies.*

SOLUTION PELISSE
au *Benzoate de Soude du Benjoin*
RECOMMANDÉE DANS LES
Affections aiguës et chroniques de la
GORGE ET DES VOIES RESPIRATOIRES
DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigr.
Pharmacie PELISSE, 4, *Rue de la Sorbonne, PARIS.*



CASCARA SAGRADA LIMOUSIN
CACHETS & PILULES
LAXATIF & PURGATIF nouveau
EMPLOYÉ CONTRE
l'Atonie des muqueuses gastro-intestinales
DOSE : 1 à 2 Cachets par jour ou 2 à 4 Pilules.
La Boîte de 20 Cachets à 0,25 c.......... 2 fr.
Le Flacon de 40 Pilules à 0,125.......... 2 fr.
Pharmacie LIMOUSIN ✻, 2bis, rue Blanche, PARIS. — (Envoi par poste.)

PHTISIE
TUBERCULOSES
BRONCHITES, CATARRHES — PARIS, 4, Rue de Charonne, et toutes Phies.
CAPSULES COGNET
EUCALYPTOL ABSOLU IODOFORMO CRÉOSOTÉ
ANTIBACILLAIRE par excellence

ÉPILEPSIE - HYSTÉRIE - NÉVROSES
Le **SIROP de HENRY MURE** au ***Bromure de Potassium*** (*exempt de chlorure et d'iodure*), expérimenté avec tant de soin par les Médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette preparation bromurée en France, en Angleterre, en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à son incorporation dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de **SIROP de HENRY MURE** *contient 2 grammes de bromure de potassium.*
Prix du Flacon : 5 francs.
Henry MURE, Phien à Pont-St-Esprit (Gard). — PARIS, Phie **LEBROU**, 16, rue Richelieu,
ET DANS TOUTES LES PHARMACIES

M. Paul Blocq a lu un travail sur la grippe et les maladies du système nerveux. Il pose les conclusions suivantes :

1° Certaines affections nerveuses sont véritablement grippales, en ce sens qu'elles peuvent être considérées comme des localisations de l'influenza sur le système nerveux.

2° Un autre groupe dépend aussi de la grippe; mais, secondairement, ce sont des infections secondaires qui ont déterminé les névropathies.

3° Dans une troisième et dernière catégorie, enfin, prennent place les névropathies à l'égard desquelles la grippe a seulement joué le rôle d'agent provocateur, soit qu'elle ait déterminé le retour agressif d'une affection nerveuse ancienne et auparavant amendée, soit qu'elle ait produit l'éclosion d'accidents chez des prédisposés.

M. Le Roy de Méricourt confirme les faits énoncés par M. P. Blocq.

M. Sivon a fait une communication sur l'*action de l'excitation électrique des récurrents sur la gl otte*, et M. Moulé a relaté deux faits rares de *tuberculose* musculaire et de tubercu lose de la moelle osseuse chez les animaux domestiques.

Le travail de M. Moreau, sur la *folie carbonique*, se résume dans les conclusions uivantes :

1° L'action lente de l'oxyde de carbone sur l'économie provoque une série de troubles intellectuels ayant une marche propre;

2° Cette affection s'observe principalement chez la femme.

3° Elle est caractérisée par l'absence de teute prédisposition héréditaire, au moins dans la plus grande majorité des cas, par des vertiges, des éblouissements, de l'oppression, des syncopes, des hallucinations de la vue, des hallucinations de l'ouïe, des conceptions délirantes et par une sorte de vague qui enveloppe toutes les peusées d'indécision, de pénible incertitude (obtusion intellectuelle, pseudomonomanie de Delasiauve), enfin par un délire de persécution;

4° Si les accidents ne sont pas trop anciens, si la personne atteinte est jeune, si elle se soustrait à temps à l'influence toxique, la guérison a lieu et les rechutes ne sont plus à craindre. Dans le cas contraire, démence rapide et incurable;

5° L'alcoolisme peut aggraver le délire, mais sans le modifier dans ses caractères fondamentaux;

6° Le traitement consiste dans la soustraction à l'action des gaz délétères, dans une hygiène bien entendue, dans l'emploi des toniques, des reconstituants : Emploi du bromure de potassium et du bromhydrate de quinine, bains tièdes prolongés, affusions vertébrales, etc., dans la période aiguë.

M. Moreau (de Tours) a aussi lu un mémoire sur la *guérison des maladies dites incurables*. En réalité, il ne s'agit que d'une transformation.

L'*influenza* chez les mineurs a occupé M. Fabre (de Commentry); la propagation de la maladie a été très rapide chez ces ouvriers, surtout chez ceux travaillant à l'intérieur.

Nous ne pouvons, malheureusement, que signaler les communications de M. B. Dupuy sur les *principes divers de l'alcool impur* du commerce; de MM. Combemale et François sur l'*action physiologique du phénol camphré*. Il résulte des expériences de ces derniers auteurs que le camphre sert simplement de véhicule au phénol.

Nous terminerons en donnant les conclusions de M. Lédé relativement à la *mortalité des enfants du premier âge* de Paris :

1° Le danger de mourir par jour, pour les enfants légitimes placés au sein, augmente lorsqu'on confie l'enfant à une nourrice à un moment plus éloigné de la naissance, de huit à trente jours. Il est donc indiqué de placer l'enfant qui doit être élevé exclusivement au sein, dan s la première semaine après la naissance.

2° Le danger de mourir par jour, pour les enfants légitimes placés au biberon, est d'autant plus grand que l'on confie l'enfant à une nourrice à un moment plus rapproché de la naissance.

Il est donc nécessaire, si l'on veut sauvegarder la vie des enfants, de ne les confier aux éleveuses au biberon que du trente et unième au quatre-vingt-dixième jour après la naissance.

3° Les mêmes déductions sont vraies pour les enfants illégitimes avec cette aggravation que le danger est beaucoup plus grand; il est double et presque triple, lorsque le placement est effectué dans les quinze premiers jours de vie, si l'enfant est élevé au sein. Si, au contraire, l'enfant est élevé au biberon dans la première semaine de vie, le danger de mourir est presque égal à celui auquel est exposé un enfant malade placé à l'hôpital.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un travail du docteur Iscovesco sur la suspension oblique dans le traitement du mal de Pott;

2° La variole et la vaccine dans les Vosges, par M. le docteur Lardier;

3° La grippe à Oyonnax et dans les environs, par M. le docteur Fiessinger;

4° De l'effet des secours temporaires chez les enfants assistés, par le docteur Carlier.

— M. CADET DE GASSICOURT est élu membre titulaire par 63 voix sur 75 votants.

— M. le professeur GRANCHER fait sur l'*antisepsie médicale* la communication dont nous citons les principaux passages :

La prophylaxie des maladies contagieuses est une des questions les plus intéressantes de la médecine contemporaine.

Pour la réaliser, nous avons deux moyens : l'isolement et l'antisepsie.

En chirurgie et en obstétrique, l'*antisepsie* semble suffire ; le problème est, en effet, relativement simple, puisqu'il se réduit à la protection d'une plaie. Mais, en médecine, la question est beaucoup plus compliquée, l'*isolement* a été jusqu'ici l'arme préférée des médecins et des administrations.

Mais il y a *isolement* et *isolement*, et on s'est bien vite aperçu que les pavillons de diphthérie et de rougeole, dans nos hôpitaux d'enfants, ne rendaient pas les services qu'on en attendait. A l'hôpital des Enfants-Malades, par exemple, la contagion de la diphthérie et de la rougeole dans les salles communes n'a pas diminué après la création, en 1882 et en 1886, des services spéciaux de rougeole et de diphthérie. Assurément le nombre des *cas extérieurs* a diminué *dans nos salles*, puisque la plupart des malades sont envoyés directement, par la consultation, à leur pavillon spécial. Mais les erreurs sont encore assez nombreuses pour que les germes de ces deux maladies entretiennent, dans les services communs, le même taux de morbidité et de mortalité, par le fait de la contagion.

L'isolement, tel qu'il est pratiqué aux Enfants-Malades, ne suffit pas pour préserver les salles communes de la contagion de la rougeole et de la diphthérie.

Au seuil de l'hôpital on va construire un service de sélection permanente et de plus il y en aura un autre réservé aux suspects et aux douteux.

La lutte contre les maladies contagieuses par la méthode de l'*isolement* n'a donc pas encore trouvé, tant s'en faut, sa formule définitive, et, en attendant que cette formule administrative de l'hygiène et de la prophylaxie soit trouvée et appliquée, M. Grancher a pensé que l'*antisepsie médicale* pourrait rendre des services.

Les antisepsies médicale et obstétricale ont fait leurs preuves, mais l'antisepsie médicale a besoin de faire les siennes.

L'antisepsie, selon moi, est le complément obligé, nécessaire, de l'isolement. Non seulement celui-ci ne supprimera jamais toutes les contagions, mais, sans antisepsie, il deviendra une nouvelle source de dangers. Par exemple, le pavillon des suspects, où, dans des chambres à un lit, mais attenantes, attendront les échantillons les plus variés des maladies contagieuses, deviendra un foyer de contagion si les services médical et

hospitalier ne sont pas antiseptiques, car il ne saurait être pratique de donner un médecin et une infirmière à chaque malade. Si déjà, dans la salle des diphtériques, on voit assez souvent un enfant, entré là par erreur, y prendre la diphtérie qu'il n'avait pas, parce que les mesures d'antisepsie n'y sont pas rigoureuses, qu'arrivera-t-il dans ce pavillon des suspects où la rougeole, la coqueluche, la scarlatine, la diphthérie, etc., seront soignées par les mêmes mains ?

Enfin, l'*isolement*, c'est-à-dire l'accumulation sur un même point de la même maladie, multipliera les infections secondaires ou complications de cette maladie.

Enfin, il se pourrait que les résultats donnés par l'antisepsie seule, dans les salles communes, nous apprissent quelque chose sur le mode de l'isolement qui convient le mieux à telle ou telle de nos maladies contagieuses et que telle grosse dépense, considérée aujourd'hui comme urgente, fût désormais reconnue inutile.

M. Grancher a demandé à M. le directeur de l'Assistance publique d'exécuter les changements qu'il jugeait nécessaires dans son service, et ces changements ont pu être faits grâce à une subvention du Conseil municipal.

En réalité, M. Grancher n'a demandé que trois choses nouvelles et peu coûteuses : Des paravents en toile métallique, des paniers en fil de laiton et une infirmière supplémentaire par salle.

Le paravent, de 1 mètre 20 de hauteur, est composé de feuilles mobiles l'une sur l'autre, comme les paravents de cheminées. Mis en place, il isole dans la salle commune le lit de l'enfant diphthéritique ou rubéoleux, pendant le temps de son séjour nécessaire au diagnostic. Le paravent a pour objet de supprimer tous les contacts de l'enfant suspect avec les autres enfants, et de réduire au minimum les contacts avec le personnel. La première feuille du paravent, fixée au mur par un crochet, sert de porte d'entrée pour les besoins du service. L'enfant mis en box ou en quarantaine ne souffre pas de son isolement, car les mailles de la toile métallique sont assez larges pour ne pas gêner sa vue.

Le panier en fil de laiton a pour objet de faciliter la désinfection des objets qui ont servi au repas de l'enfant. Divisé en compartiments *ad hoc*, il contient l'assiette, la timbale, le couvert et la serviette de l'enfant. Au moment du repas, l'infirmière chargée de ce soin étend sur le lit une toile en caoutchouc, apporte de l'office le panier tout garni, et, le repas achevé, le rapporte à l'office et le plonge, avec tout son contenu et la toile en caoutchouc, dans une chaudière d'eau bouillante.

L'infirmière supplémentaire a la charge de tous les box. Elle seule doit aborder les enfants mis en quarantaine et leur donner ses soins. Elle doit, après chaque contact avec un enfant suspect, se laver les mains au sublimé et changer de tablier. Elle doit surtout ne toucher à aucun autre enfant.

Voici maintenant, pour la rougeole et la diphthérie, les résultats obtenus du 1er janvier au 31 décembre 1889 :

En 1885, il y a eu, dans le service de M. Grancher, 37 cas de contagion ou *cas intérieurs*. En 1886, 39 cas ; en 1887, 34 cas.

En 1889, il y a eu 25 cas. C'est encore beaucoup trop et on peut avouer un échec, car des services, où on n'a pas pris de mesures spéciales, ont eu moins de cas de contagion de rougeole.

Cet échec tient surtout à ce que la contagion de la rougeole se fait avant qu'elle soit soupçonnée ou reconnue. Puis quelques fautes ont été commises.

Le plus grand nombre des enfants d'une salle d'hôpital échappe à la rougeole, qui atteint quelques-uns d'entre eux. De plus, on remarque que le chemin suivi par les germes est capricieux et incohérent, et très souvent le lit voisin du malade échappe. Y a-t-il transport par les mains ou les objets ? Deux fois seulement, M. Grancher a pu établir qu'il y avait transport des germes par les mains ou les vêtements souillés d'une tierce personne.

Le succès a été bien plus grand pour la diphthérie. En 1889, le nombre des cas intérieurs de diphthérie constatés à l'hôpital a été de 153. Un seul s'est produit dans le service de M. Grancher, et encore est-il douteux, car il s'agissait d'une angine scarlatineuse

précoce. L'enfant a guéri. Dans les autres services, la mortalité a été de 116 enfants, sur 153 cas de contagion.

Avant 1889, le service de M. Grancher partageait le sort commun. Par exemple, dans le premier semestre de 1888, il y avait 10 contagions de diphtérie dans les deux salles. En 1889, le service a reçu, comme les autres, les diphthéries méconnues envoyées dans les salles communes.

L'antisepsie médicale se résume, en somme, en cette double formule : 1° *Réduire au minimum les contacts suspects;* 2° *Désinfecter tout objet souillé, après le contact.*

Pour diminuer les contacts, M. Grancher a employé le paravent métallique, et, pour la désinfection, il s'est servi, selon l'objet à désinfecter, de l'étuve à vapeur sous pression, de l'eau bouillante ou de la liqueur de Van Swieten acidulée.

Pratiquement, toutes ces mesures de propreté sont faciles et le service hospitalier s'y habitue bien vite, pour peu qu'on y tienne la main. Ni l'enseignement des élèves, ni les malades n'ont à en souffrir.

— M. Daremberg fait une communication sur la *cure par l'air et le repos chez les tuberculeux.* Cette cure a les effets les plus favorables sur l'appétit, le sommeil, les digestions et la toux. Le plus souvent la fièvre diminue. Quand la température ne dépasse pas 38° le soir, on permettra de très petites marches plusieurs fois par jour, sinon il faut prescrire le repos complet. Pendant la nuit, le malade doit pouvoir respirer un air pur qui entre par un vasistas ou la fenêtre entr'ouverte. Il faut endurcir le malade convalescent par la gymnastique respiratoire et les soins de la peau.

M. Daremberg insiste sur la nécessité, pour l'assistance publique, de créer des sanatoria établis sur des côteaux élevés au-dessus des brouillards, près d'un bois, à l'abri des vents trop violents.

M. Dujardin-Beaumetz insiste sur le peu d'utilité de l'air chaud dans le traitement de la phthisie. Ce traitement, préconisé par Weigert, a été expérimenté un peu partout sans grand succès.

M. Verneuil a obtenu de très bons résultats par le traitement des tuberculoses locales par l'air surchauffé, et cette méthode a réussi à M. Clado dans le traitement de la phthisie laryngée.

— M. Routier lit une observation de fracture du crâne suivie d'hémorrhagie méningée. Après la trépanation qui permit d'extraire un caillot du poids de 75 grammes et un fragment du crâne, le malade eut d'abord de l'aphonie.

M. Routier enleva alors le tamponnement qu'il avait appliqué, et constata qu'une épingle pénétrait juste sur le coude de la circonvolution de Broca. On avait pu affirmer la compression par un épanchement à cause du temps écoulé entre le moment de l'accident et l'apparition des symptômes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 mai 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Troubles mentaux au cours d'une pleurésie purulente. — Pleurésie purulente à bacille de Friedlander.*

M. Fernet communique une observation adressée par MM. Mabille et Lallemant, médecins de l'asile d'aliénés de Lafont (Charente-Inférieure). Un homme de 34 ans, vers la fin de l'année dernière, fut atteint de pleurésie gauche. Cette pleurésie devint purulente, et, à l'hôpital de Saint-Jean-d'Angély, on pratiqua plusieurs ponctions. En janvier, le malade, pris de troubles mentaux et de délire de persécution, fut envoyé à l'asile de Lafont.

A ce moment, par une fistule pleurale, il rendait un pus abondant et extrêmement fétide ; il était tout à fait cachectique.

Le 1er avril, on agrandit le trajet fistuleux et l'on commença des lavages antiseptiques. En avant il y avait une poche purulente, bien circonscrite, qui fut aussi ouverte et traitée

par les injections antiseptiques. Sous l'influence de ce traitement, le malade a complètement guéri de sa pleurésie purulente. En même temps, son état mental s'est considérablement amélioré ; il demande déjà à s'occuper et l'on peut prévoir le moment où les troubles cérébraux auront complètement disparu.

— M. Letulle : Dans sa récente communication sur les pleurésies purulentes, M. Netter a dit qu'il avait trouvé deux fois, dans le pus pleural, le bacille de Friedlander associé à d'autres microbes pyogènes. M. Letulle vient de rencontrer un cas de pleurésie purulente dans lequel le microbe de Friedlander se trouvait à l'état de culture pure.

Un homme de 30 ans, en décembre dernier, fut pris d'une grippe légère. Il semblait complètement rétabli, lorsque, le 5 janvier, il fut pris de fièvre et d'une toux quinteuse; bientôt apparurent tous les signes d'un épanchement circonscrit au côté gauche (pleurésie interlobaire). Vers la fin de janvier, vomique ; évacuation de plusieurs centaines de grammes de pus. M. Letulle fit avec M. Chantemesse, des cultures avec le pus et les crachats, et, dans tous les essais, le micro-organisme qui cultiva fut le diplo-bacille de Friedlander. C'était, en effet, un microbe ovoïde encapsulé, pathogène pour la souris et non pathogène pour le lapin, ne se colorant pas par la méthode de Gram et se développant assez facilement sur gélatine sans avoir besoin d'une température de 15 degrés. Dans ces cultures à forme de clou, les diplocoques, volumineux, perdent leur capsule.

Les cultures du bacille de Friedlandler étaient pures. Dans aucun cas on n'a trouvé le bacille de Koch. Le malade a guéri assez rapidement.

M. Letulle a observé trois cas de pleurésie méta-grippale qui se sont comportés d'une façon absolument semblable.

M. Netter : L'observation de M. Letulle est très démonstrative; on ne peut douter, en effet, après tous les caractères que présentait le micro-organisme cultivé, qu'il s'agissait d'une pleurésie à bacille de Friedlander.

L'observation de M. Letulle serait la troisième de ce genre. Les deux premières ont été publiées par M. Netter.

Chez un premier malade, tuberculeux, une caverne s'ouvrit dans la plèvre trois semaines avant la mort. Dans le pus pleural, M. Netter trouva le bacille de Koch, un staphylocoque pyogène et le bacille de Friedlander. Il était bien difficile, dans ce cas, de dire quelle part revenait à chacun de ces micro-organismes.

La deuxième observation est presque en tous points semblable à celle de M. Letulle. Un homme fut pris insidieusement d'une pleurésie circonscrite, très probablement interlobaire; plusieurs vomiques se produisirent; dans ce pus, M. Netter trouva le bacille de Friedlander isolé. Mais on ne peut affirmer cette fois encore que ce microbe ait été seul en cause dès le début de l'affection; un autre pouvait primitivement s'y trouver et avoir disparu au moment de l'examen microscopique.

Le rôle du microbe de Friedlander est plus important qu'on ne pense. Il existe normalement et d'une façon assez fréquente dans les fosses nasales, la bouche et l'arrière-bouche d'individus sains. On le trouve très souvent dans les broncho-pneumonies qui présentent des allures pseudo-lobaires, et, à l'autopsie, on peut diagnostiquer sa présence quand on trouve un exsudat grisâtre, d'une viscosité extraordinaire, ressemblant à la sérosité qui tapisse le péritoine des animaux auxquels on a inoculé ce même bacille de Friedlander.

Ce microbe a été encore retrouvé dans certaines septicémies par les auteurs italiens Uffreduzzi et Banti; dans certaines otites, où il a été vu par Zaufal, Weichselbaum et Netter; dans certaines méningites suppurées, comme l'a démontré M. Netter; enfin dans l'endocardite ulcéreuse, comme l'a signalé Weichselbaum.

Les localisations du bacille de Friedlander sont très nombreuses. Comme bien d'autres microbes pathogènes, le pneumocoque en particulier, il est capable de produire des affections diverses. Pour chaque maladie microbienne, il n'y a donc pas un microbe unique, ainsi qu'on l'avait supposé au début de la bactériologie. On peut dire, au contraire, qu'un même microbe peut produire plusieurs maladies, et qu'une même maladie peut être produite par plusieurs microbes différents.

D'une façon générale, le bacille de Friedlander est plus dangereux que le microbe de

Talamon-Frænkel. Toutes ses localisations, autres que ses localisations pleurales, son plus longues, plus graves, ce qui tient sans doute à sa vitalité plus considérable.

FORMULAIRE

Traitement de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale. — H. Petit.

Le traitement de l'inflammation de la glande vulvo-vaginale, ou Bartholinite, consiste, au début, dans l'emploi des grands bains, des cataplasmes émollients, des fonctions avec l'onguent napolitain belladoné. Dès que le pus est formé, on a recours à l'incision comme pour les abcès ordinaires, on lave avec la solution phéniquée forte, on draine et on panse autant que possible d'une manière antiseptique. — Si le conduit excréteur de la glande s'est enflammé, et qu'un abcès se soit produit, on lui applique le traitement ci-dessus décrit. — N. G.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — Au cours du voyage du Président de la République à Montpellier, à l'occasion des fêtes universitaires, les palmes académiques ont été accordées à MM. les docteurs Gros et Cavaillon; à M. Tollet (construction de l'hôpital de Montpellier); à MM. les docteurs Pezet et Vigueroux (de Montpellier). MM. les docteurs Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, et Mougeot ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur. M. le docteur Chaigneau (de Fontenay-le-Comte) a reçu les palmes académiques (voyage de M. le ministre des travaux publics en Vendée).

— L'Académie des sciences de Vienne vient de nommer membre correspondant M. van Tieghem, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris et membre de l'Institut de France.

Congrès annuel d'aliénation mentale. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès aura lieu à Rouen, du 4 au 8 août. Le programme comprend : 1° Question de pathologie mentale. — Relations de la paralysie générale et de la syphilis. — 2° Question de médecine légale. — Le projet de revision de la loi du 30 juin 1838. — 3° Mémoires présentés par les membres du Congrès. — 4° Visite des asiles d'aliénés de la Seine-Inférieure. — Les adhésions sont reçues par M. le docteur Guiraud, directeur-médecin de l'asil Saint-Yvon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de être contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie*. 2 ou 3 à chaque repas.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable*.)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement** son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — ***Fièvres, anémie.***

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

L'importante communication de M. le professeur Grancher, à l'Académie de médecine, sur l'antisepsie médicale ou, plus explicitement, sur les avantages de l'antisepsie appliquée à la prophylaxie des maladies contagieuses dans les services hospitaliers, a été la conséquence et comme la conclusion de la campagne entreprise dans ce but depuis plusieurs mois à la Société médicale des hôpitaux.

Nul n'en méconnaîtra ni l'intérêt, ni l'utilité, déjà démontrés par les chiffres qui ont été cités au cours de la discussion soulevée à la Société des hôpitaux par MM. Grancher, Sevestre, etc., et dans la communication de M. Grancher.

La question, en effet, est capitale. Faut-il, pour arriver à diminuer les cas de contagion intérieure, pour empêcher qu'un enfant entré à l'hôpital pour une affection en contracte une autre, créer des salles d'attente, d'isolement, ce qui coûtera fort cher, ou peut-on, par un moyen beaucoup moins dispendieux, isoler assez un malade entré dans une salle et dont le diagnostic est douteux pour qu'il ne communique pas sa maladie aux

FEUILLETON

CAUSERIE

Lorsqu'il arrive une mésaventure à un de nos confrères, le monde s'en émeut beaucoup, à plus forte raison lorsque la mésaventure s'élève à la hauteur d'un crime, comme on l'a vu il y a quelque trente ans, au malheureux Lapommeraye. La même accusation de crime vient d'être portée contre un professeur de la Faculté d'Oporto, le docteur Vincente Urbino de Freitas, professeur de physiologie, qui avait tué et tenté de tuer plusieurs personnes de sa famille à l'aide de la pilocarpine : un beau-frère et un neveu qui moururent, et deux nièces qui, heureusement, y échappèrent parce qu'elles refusèrent obstinément de prendre le médicament qu'on leur avait prescrit, ou qu'elles n'en prirent qu'une petite dose. C'est la première fois, je crois, que la pilocarpine apparaît à ce titre dans la toxicologie, aussi l'évènement a-t-il produit une grande sensation.

On pense que chez le beau-père, elle a été donnée en injections hypodermiques et que le neveu a été empoisonné par des bonbons ou par un lavement. La théorie admise par l'accusation est que les bonbons avaient été imprégnés de pilocarpine au moyen d'une seringue de Pravaz. Cependant l'éditeur de la *Coïmbra medica*, qui eut l'occasion de voir quelques-uns des bonbons donnés au neveu, affirme qu'on ne put trouver aucune trace de ponction, et que l'analyse n'y découvrit rien qui ne fût dans les autres bonbons du confiseur.

autres ni n'en reçoive de contacts dangereux? C'est à ce dernier point de vue que M. Grancher s'est placé. Il a fait dans ses salles de l'isolement partiel, à peu de frais, et l'a complété à l'aide d'un moyen dont la valeur est déjà bien connue : la désinfection par les substances antiseptiques et l'eau bouillante. L'expérimentation ainsi faite a montré combien on peut obtenir de bons résultats, car la diminution de la contagion dans les services hospitaliers ne s'est pas fait attendre; elle a fait ressortir, de plus, les causes des insuccès, dont la principale est le défaut d'instruction antiseptique chez les élèves et les infirmiers. C'est à cela surtout, comme l'a bien dit M. Grancher, qu'il faut tenir la main. Les moyens préconisés sont bons; quand les élèves et les infirmiers des deux sexes seront bien pénétrés de cette vérité, ils en étudieront mieux la mise en œuvre, et quand ils en connaîtront bien tous les détails et qu'ils sauront les appliquer, nul doute que les résultats ne deviennent meilleurs de jour en jour.

La cure de la phthisie pulmonaire par le repos et la respiration continue de l'air pur tend à s'imposer auprès des médecins qui étudient de près le traitement de cette maladie. M. Daremberg, qui s'est livré à des recherches assez longues sur cette nouvelle méthode, en a dit à l'Académie, après M. Nicaise, tout le bien qu'il en pensait.

A ce propos, M. Dujardin-Beaumetz est parti en guerre contre la cure de la même phthisie pulmonaire par l'air surchauffé, qui, entré à 200 degrés par la bouche, n'a plus que 37 à 38 degrés quand il a franchi le larynx. C'est une exécution en règle d'un moyen qui n'aurait peut-être pas été adopté avec tant d'enthousiasme au début, si beaucoup de ses partisans n'avaient été victimes, je le crains du moins, d'un homonymat. Le promoteur de la méthode s'appelle Weigert; ce nom est celui d'un médecin américain et d'un professeur allemand dont les travaux sont très estimés en France. N'aurait-on pas cru, par hasard, que la cure par l'air chaud nous arrivait d'Allemagne, alors qu'elle vient d'Amérique? Cela serait à savoir.

Quoi qu'il en soit, la méthode a parfois du bon, mais seulement quand l'air peut arriver très chaud en contact avec les bacilles de Koch, par

---

L'accusé reconnaît qu'il a injecté plus d'une fois de la pilocarpine à son beau-frère, bien qu'il ne fût pas son médecin habituel, mais il affirme qu'il l'a fait dans un but thérapeutique bien déterminé. Quant aux bonbons, ils ont été envoyés par la poste aux enfants ainsi que des amandes ; on ne sait par qui, mais il serait indispensable de le rechercher et de le savoir. Le motif du crime, si crime il y a, serait l'acquisition d'une grande propriété qui serait revenue au professeur de Freitas en l'absence d'héritiers plus directs. Mais il est difficile de prouver que la pilocarpine soit la seule et vraie cause de la mort, et qu'elle ait été administrée dans un but homicide.

Nous faisons tous nos vœux pour qu'il n'y ait dans ce fait, raconté par les journaux portugais, qu'une erreur d'appréciation, et que, pour l'honneur du corps professionnel, une enquête sérieuse ait lieu et que l'innocence du professeur de Freitas soit bientôt reconnue. Je dois ajouter que ces racontars ont trouvé beaucoup de crédit dans la presse anglaise. Signe des temps!

*
* *

Le *Daily News* du 28 mai contient une lettre d'une dame qui a assisté, comme actrice, au naufrage du navire anglais *Dacca*, et qui rend compte, dans les termes les plus chaleureux, de la conduite héroïque du chirurgien de ce bâtiment, le docteur William Hickling. Le sang-froid de ce distingué confrère a contribué beaucoup à empêcher la panique de s'emparer des passagers, parmi lesquels se trouvaient 400 émigrants. Son premier soin fut de leur procurer des vêtements et des ceintures de sauvetage, puis de

exemple dans les cas de tuberculose externe et de tuberculose laryngée. C'est ce qu'a rappelé M. Verneuil, en citant plusieurs bons résultats obtenus par son élève, M. Clado.

La rédaction de l'*Union médicale* est heureuse d'offrir à M. le docteur Cadet de Gassicourt ses sincères félicitations pour son élection, à une belle majorité, comme membre titulaire de l'Académie de médecine. — L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DE CHIRURGIE, publié sous la direction de MM. Simon DUPLAY et Paul RECLUS, t. II. Paris, G. Masson, 1890, avec 271 figures dans le texte.

Il y a quelques années, MM. les étudiants en médecine ont fortement blâmé, à leur manière, un agrégé, pourtant très dévoué et très sympathique, de n'avoir pas tenu sa promesse de faire paraître à une époque fixée le second volume d'un de ses ouvrages. Peut-être auraient-ils dû, en bonne justice, partager le blâme entre l'auteur et l'éditeur... Quoi qu'il en soit, voici un blâme que n'encourent ni l'éditeur ni les auteurs du *Traité de chirurgie* qui, à cinq mois d'intervalle, à la date fixée, ont fait paraître les deux premiers volumes de cet important ouvrage.

Nous avons rendu compte récemment du premier volume, et nous tenons à dire immédiatement que nous n'avons rien à retrancher, pour le second, des éloges que nous avons accordés au premier. Nous serions plutôt disposé à dire que l'impression favorable qui nous était restée de la lecture du premier volume n'a fait que s'accentuer. Ce second volume comprend : *Les maladies des nerfs*, par M. Lejars ; *Les maladies des artères*, par M. P. Michaux; *Les maladies des veines*, par M. Quénu; *Les lésions traumatiques des os*, par M. Ricard; enfin *Les affections non traumatiques des os*, par M. Antonin Poncet.

Malgré la rapidité avec laquelle ces articles ont été rédigés (peut-être même à cause de cela), la rédaction ne laisse rien à désirer. Nous ne pouvons mettre au passif des auteurs un certain nombre de fautes d'impression que le lecteur corrigera facilement. Parfaitement au courant de leur sujet, les auteurs en ont fait un exposé à la fois clair et tout à fait au courant de la science. Ces deux qualités, la dernière surtout, si fort

---

les faire sortir du navire, qu'il ne quitta que le dernier, avec le capitaine. Lorsqu'ils eurent atteint le phare, il fit transporter les malades dans une chambre spéciale et, dit la narratrice, « considérant les circonstances dans lesquelles on se trouvait, l'aménagement en fut merveilleux. » Elle ajoute : « Le travail du docteur fut incessant, et sa responsabilité fut considérable... on ne peut lui avoir trop de reconnaissance pour les soins ininterrompus qu'il prit de chacun. Il allait de l'un à l'autre, sur le navire, disant à chacun de s'habiller et de monter sur le pont.... Quelques hommes essayèrent de pénétrer de force dans les canots, mais le docteur les menaça de mettre une balle dans la tête du premier qui voudrait entrer dans un canot avant que les femmes fussent en sécurité. Il y avait quelques malades à bord; le docteur les fit transporter les premières, et lui même porta une jeune fille de l'infirmerie des dames jusque dans le canot.

La profession médicale peut être fière de compter dans son sein de tels hommes, et nous sommes heureux d'ajouter cette preuve à mille autres semblables, aussi bien parmi les médecins de terre que parmi les marins, que les « non combattants » sont toujours parmi les premiers lorsqu'il faut affronter la mort pour faire son devoir.

*
* *

Lorsque le docteur William Hickling rentrera en Angleterre, ses compatriotes ne seront probablement pas moins empressés à lui faire fête qu'au compagnon de Stanley, le docteur Parke. Celui-ci, il est vrai, a honoré la profession non seulement comme

appréciée des lecteurs qui n'ont pas le temps de faire de longues recherches, placent le *Traité de chirurgie* au premier rang des publications de même genre parues dans ces dernières années. L'exactitude des citations (toutes réserves faites au sujet des indications bibliographiques) sera particulièrement appréciée aussi, croyons-nous, des chirurgiens étrangers, qui non seulement pourront se faire une idée plus exacte de ce qu'est la chirurgie française, mais encore reconnaîtront que nos écrivains sont au courant de leurs travaux, et ne craignent pas de leur rendre la justice qui leur est due. Puissent-ils à leur tour suivre cet exemple et nous rendre la pareille, le cas échéant.

Quant à la clarté d'exposition, cette qualité si éminemment française, elle est ici d'autant plus remarquable que la quantité de matériaux accumulés dans ces monographies est véritablement considérable. Tous les faits importants qui ont été signalés dans nos Sociétés savantes, en particulier la Société de chirurgie de Paris et le Congrès français de chirurgie, ont été cités, ce qui contribuera encore singulièrement à rehausser aux yeux du monde chirurgical la valeur de ces institutions.

La partie la plus ingrate, dans ce volume, était dévolue à M. Ricard; MM. Lejars, Michaux, Quénu, Poncet pouvaient dire et ont dit des choses nouvelles et originales sur les maladie des nerfs, des artères, des veines et des os; au contraire, la pathologie des fractures n'a guère fait de progrès, et pour cause, depuis bien des années. Néanmoins M. Ricard a su présenter son sujet de telle façon que nous pensons bien que de longtemps nous ne serons plus obligés, en France, pour avoir un excellent traité des fractures, d'en traduire un d'une langue étrangère. — L.-H. Petit.

Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale, par le docteur P. Bouloumié. — Paris, Soc. d'éditions scientifiques, 1890.

L'auteur a réuni dans son livre tout ce qu'il est nécessaire de savoir ou de connaître pour faire un service militaire actif dans un grade ou une fonction quelconque de la hiérarchie.

Après une première partie consacrée à exposer d'une façon générale l'organisation de l'armée, M. Bouloumié s'occupe, dans la deuxième partie, du fonctionnement de l'armée et du service de santé. Après avoir rappelé brièvement les fonctions des officiers, il expose dans un chapitre très important la vie du régiment en garnison. Le lecteur trouvera là tout ce qui lui est utile de savoir sur l'alimentation, les occupations du sol-

---

médecin, mais aussi, ce qui est particulièrement apprécié des Anglais, comme explorateur, c'est-à-dire comme un homme qui a contribué à agrandir l'empire colonial de l'Angleterre.

En manière de leur témoigner leur estime, les médecins anglais ont invité leur confrère à un banquet qui a eu lieu le 6 juin au grand restaurant de Criterion, à Londres. Ce banquet était présidé par sir Andrews Clarks, président du Collège royal des médecins, et M. Jonathan Hutchinson, président du Collège royal des chirurgiens, en était le vice-président. Un grand nombre de sommités médicales et chirurgicales des trois royaumes y ont pris part. On cite sir James Paget, Prescott Hewet, Lister, Trevor Lawrence, Spencer Wells, Mac Cormac, Quain, Dyce Duckworth, Erichsen, Russell Reynolds, T. Holmes, etc.

***

Mais tout n'est pas rose, dans les voyages sur terre et sur mer, ni dans la marine anglaise. Une interpellation a en effet été faite il y a quelques jours à la Chambre des communes au sujet de révélations de faits des plus déplorables qui se sont passés à bord d'un navire qui transportait des soldats malades, le *Malabar*.

Le *British medical Journal* donne à cet égard des détails navrants empruntés à la plume d'un témoin oculaire; ils justifient amplement les questions portées à la Chambre par M. Monro Ferquson et le docteur Farquharson, et qui ont amené M. Stanhope à

dat. Vient ensuite l'étude du service de santé à l'intérieur, qui a reçu tous les développements qu'elle comporte. Nous recommandons spécialement la lecture des chapitres consacrés aux détails du service, au fonctionnement et à la question de l'infirmerie, enfin l'exposé du service de santé dans les hôpitaux militaires.

Le service de santé en campagne est exposé en entier dans les pages qui suivent ; la partie administrative, qui est celle que les médecins réservistes et territoriaux ont le plus besoin de savoir, a été résumée d'une façon claire et nette. Il est impossible de mieux faire comprendre comment les choses se passent que ne l'a fait M. Bouloumié qui, dans son exposé, suit le blessé depuis le champ de bataille jusqu'aux divers établissements de secours organisés sur les points du territoire les plus éloignés du théâtre des opérations. L'on voit que l'auteur s'est beaucoup occupé des appareils improvisés avec les ressources du pays, pour le transport des blessés. On lira avec intérêt, dans son livre, la description et le mode d'emploi de ces appareils.

La troisième partie est consacrée à ce que M. Bouloumié appelle modestement des notions d'hygiène militaire. On y trouve la réponse à toutes les questions qui doivent être traitées dans l'instruction technique qui est donnée aux médecins rappelés pour la période d'instruction. Là sont étudiées les maladies et épidémies des armées, la chirurgie de genre et les maladies simulées et dissimulées. — P. Ch.

ÉTAT DE L'UNIVERSITÉ D'AVIGNON EN 1789, par le docteur V. LAVAL. — Avignon et Paris, Seguin et Lechevalier, 1889.

Au moment ou l'on parle tant de reconstituer les Universités provinciales, il est intéressant de réunir des documents tels que ceux qu'a rassemblés M. V. Laval, qui nous montre ce qu'était une Université du Midi au moment de la Révolution. Cette Université comprenait une Faculté de médecine datant de 1491 et où ont professé d'illustres morts : Arnauld de Villeneuve, les Guilhelmi, Denis Chrétien, Duverney, Esprit Calvet, etc. En 1699, la Faculté comptait 16 inscriptions et 2 en janvier 1788. En 1656 l'Université reçut 16 docteurs en médecine et 3 en 1788.

Comme le fait remarquer l'auteur, à ce moment l'Université d'Avignon était en décadence par suite de la trop grande facilité dans la délivrance des grades, qui était devenue un objet de spéculation.

Du reste, M. Laval est partisan des universités régionales et pense que « les nouvelles Universités, avec une organisation meilleure, une indépendance individuelle plus mesurée,

---

promettre qu'une enquête sévère serait bientôt faite. Voici ce que dit le correspondant du journal anglais.

Le vaisseau de Sa Majesté, le *Malabar*, portait environ 500 invalides, dont 100 étaient très malades et 400 absolument désespérés. L'infirmerie est constituée par une vaste cabine située à tribord, capable de contenir 35 hommes, à condition de les entasser les uns contre les autres. Les souffrances des malheureux enfermés dans cette cabine sont au-dessus de toute expression. Par exemple un homme presque mort, d'une maladie de foie, occupait un hamac situé au-dessous d'un camarade atteint d'un phlegmon érysipélateux aigu, et ce dernier était d'*une forme si terrible* que plusieurs patients furent débarqués à Aden pour prévenir l'infection absolue de l'hôpital. En dehors de cette infirmerie, on avait établi dans le pont réservé aux soldats une séparation en toile dans laquelle étaient 400 malheureux qui y dormaient et y mangeaient. Ce pont a environ 100 pieds de long et les portes en étaient laissées ouvertes pour la ventilation, excepté lorsque le vent soufflait en tempête; et, comme il n'y avait aucun moyen de chauffer cette immense pièce, les malades, venant d'un climat chaud, furent exposés aux morsures des vents froids de la Méditerranée et du canal, pendant la saison la plus froide de l'année. D'autre part, ils sont complètement sans protection contre les odeurs de la fumée du charbon et sont couchés avec la figure, les cheveux et la literie recouverts d'une poussière et d'une saleté dont on ne peut se faire une idée si on n'a pas été témoin oculaire. Ceux qui ont assisté aux souffrances de ces malheureux s'étonnent qu'il n'y ait pas des bateaux transports affectés spécialement aux invalides,

un contrôle de l'Etat, plus vigilant sans être oppressif, échapperaient aux écueils qui perdirent leurs aînés ». — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS.

Un cas de crampe idiopathique de la langue, par M. le docteur Personali (in *Giornale della R. Accademia di Torino*, nº 3). — Cette affection est une véritable rareté en pathologie nerveuse; pour d'aucuns, son existence serait même contestée. Il ne faut pas la confondre avec la crampe linguale qui survient dans le décours de nombreuses maladies nerveuses, hystérie, épilepsie, chorée, voire même dans la paralysie bulbaire, l'atrophie musculaire progressive, la méningite, etc., c'est une entité morbide complète d'après M. le docteur Parsonali.

Mitchell, Fleury et Vallin, Romberg, Erb, Berger, Remak, Dochmann, Hitzig, Munk, etc., sont les principaux auteurs qui ont observé des cas de crampe idiopathique de la langue. M. le docteur Personali en ajoute un nouveau des plus intéressants. Il s'agit d'un homme de 30 ans, valet de chambre, n'ayant aucune tare nerveuse héréditaire, ni aucun fait pathologique dans sa vie pouvant indiquer une source certaine de sa lésion linguale... on note pourtant l'abus de l'onanisme... de là à des troubles bulbaires il n'y a pas une distance bien longue à parcourir; cela ne suffirait-il pas comme cachet d'origine?

La maladie dure depuis un an et demi. Elle se manifeste par des accès de crampes toniques dans la zone innervée par l'hypoglosse; ces accès ont lieu à intervalles inégaux et sont variables; l'organe est projeté hors de la cavité buccale. Dans ces accès, l'os hyoïde suit exactement les mouvements de la langue et est porté violemment en haut et en avant. La langue, dans ces mouvements désordonnés, est réduite dans son diamètre transversal, et semble tordue sur son axe longitudinal en produisant une sorte de frémissement. Rien n'annonce l'accès; il n'y a aucun changement dans la coloration du visage; pas de contractions fibrillaires dans les muscles, réaction électrique normale.

A ces troubles bizarres se sont ajoutés pendant quelque temps des crampes légères dans la zone du facial et aussi dans le masséter. Mais c'est toujours la crampe linguale qui domine et vient une vingtaine de fois chaque jour perturber le malheureux camérier.

---

et aménagés de telle façon qu'ils y trouvent le bien-être et le confort nécessaires. Rien ne peut surpasser le dévouement des médecins (nous l'avons déjà dit), mais que peuvent-ils faire contre de telles misères?

Ces faits peuvent se passer de commentaires; ils parlent assez éloquemment par eux-mêmes.

* * *

En Amérique, les médecins continuent à faire parler d'eux. Maintenant certains d'entre eux, paraît-il, feraient concurrence aux mastroquets en se mettant à vendre du whisky. Au moins il ne faut pas d'études bien approfondies pour exercer cette profession.

Dans l'Etat d'Iova, raconte le *New-York médical Journal*, une loi antialcoolique, qui vient d'être votée, aurait eu de singulières conséquences. Tandis que, en effet, tous les commerçants, et même les pharmaciens, sont soumis à un règlement sévère en ce qui concerne la vente du whisky, les médecins peuvent prescrire et vendre ce liquide sans aucune restriction.

Aussitôt après le vote de cette disposition légale, le nombre des médecins aurait rapidement augmenté et nombre de cabinets de consultation seraient devenus de véritables tavernes. (Je vous ai dit précédemment avec quelle facilité scandaleuse se délivrent les diplômes médicaux dans certains Etats.) Aux Etats-Unis, les réclamations de toutes parts s'élèveraient pour qu'on porte remède à une situation qui pourrait avoir des conséquences fâcheuses pour la dignité des médecins sérieux.

Toutes les médications imaginables restèrent sans résultats; on fit même, sans plus de succès, l'ablation de deux petites éminences muqueuses situées sur les cornets inférieurs des deux côtés. L'oxyde de zinc associé à l'extrait de belladone donna seul de l'amélioration; enfin le séjour prolongé sur la mer amena une véritable transformation. (Cela nous confirme dans notre première impression, anémie et troubles bulbaires.) Berger admet, dans ces cas, un état irritatif cortical ou bulbaire de l'hypoglosse. M. le docteur Personali se range de même à cette manière de voir. Du reste, on sait que, dans tous les états anémiques, conséquence de l'altération dans les échanges matériels des tissus, on trouve toujours un état irritatif des centres réflexes.

Pour conclure, nous dirons avec l'auteur italien que la crampe idiopathique de la langue appartient à la catégorie des affections dynamiques du système nerveux.

Hydronéphrose considérable avec calcul urique dans l'uretère. — Néphrectomie par la méthode de l'auteur, M. le professeur D'ANTONA (de Naples). — Guérison. (In *Supplement alla Gazzetta degli ospitali*, mars 1890. — Jusqu'en 1866, le malade qui fait l'objet de cette note a été bien portant; pendant la guerre de cette époque, il éprouva un jour, en gravissant une colline, une vive douleur et le besoin impérieux d'uriner; il rendit aussitôt du sang en abondance. Peu à peu, les urines redevinrent normales, mais il resta une douleur permanente dans le flanc et dans les lombes du côté gauche. Enfin, deux mois après, le patient constata l'évolution progressive d'une tumeur grosse comme le poing dans ladite région, tumeur qui depuis lors a toujours progressé.

Examen de l'urine. — 1,022 comme densité. Absence d'albumine, de muco-pus, de sucre et d'acide éthylacétique, uro-érythrine bien sensible; nul autre principe chimique pathologique.

L'examen objectif montre la moitié gauche de l'abdomen plus volumineuse que la droite; une tumeur bosselée se dessine nettement sous l'hypochondre gauche affectant la forme exagérée du rein. La palpation, la percussion confirme cette première impression.

Le diagnostic d'une tumeur se présentant directement sous les parois abdominales et hypochondriaques avec refoulement évident des intestins, et spécialement du côlon du côté droit, montrait sans discussion le siège rétro-péritonéal lombaire de la tumeur.

L'énorme distension, le contenu liquide dans une vaste cavité indiquait l'existence d'un kyste à contenu liquide; d'après le siège, le rein seul pouvait en être atteint.

Pourtant, le rédacteur du *New-York médical Journal* prétend qu'il ne s'agit là que d'une affirmation purement gratuite et, d'après lui, ni dans l'Iova, ni dans aucun autre Etat de l'Union, un médecin régulier n'a jamais consenti à se transformer en cabaretier. Nous sommes convaincu, comme lui, qu'il ne s'agit là que d'une exagération, ayant probablement pour base des faits se rapportant à de vulgaires charlatans; mais pourquoi, sous prétexte de liberté, laisse-t-on tant de licences à ces derniers. C'est encore le cas de dire que les bons payent pour les mauvais.

*
* *

L'exercice illégal de la médecine, qui a déjà eu tant de mauvais effets pour les patients, n'a jamais atteint à cet égard, je crois, le degré d'idiotie que je vais vous rapporter.

Une dépêche d'Angers, publiée dans les journaux de la semaine dernière, expose le fait suivant : « Il vient de se passer, dans une commune toute voisine d'Angers, un fait épouvantable. Un enfant de Saint-Lambert-la-Potherie, âgé de 13 ans, souffrait de rhumatismes; sur les conseils d'une herboriste d'Angers, les parents le ficelèrent nu dans une couverture de laine dans laquelle ils avaient préalablement étendu une couche épaisse de feuilles de lierre fortement chauffées au four et l'y laissèrent plusieurs heures. Une heure après, l'enfant mourait cuit. La justice est saisie. » Ce fait montre combien il est indispensable d'appliquer la loi sur l'instruction primaire et combien il est nécessaire d'enseigner aux enfants de la classe la plus avancée des notions de physiologie et

Il n'y avait aucun trouble général, l'idée de suppuration, de développement de tumeur maligne, etc., devait donc s'exclure. En remontant au début brusque de la maladie survenue vingt-quatre ans auparavant, et à l'apparition peu de temps après d'une grosseur dans la région rénale, on pouvait admettre que l'hydronéphrose était causée par un calcul oblitérant l'orifice supérieur de l'uretère.

L'opération fut pratiquée le 13 mars 1890 par la méthode de l'auteur, dite abdomino-extra-péritonéale. Incision à quelques centimètres au-dessous du bord cartilagineux de la huitième côte, jusqu'à environ 3 centimètres en dehors du ligament de Poupart; le péritoine incisé, le chirurgien dissèque la surface de la tumeur, en fait la ponction, lie l'uretère, enfin peut extirper cette masse après avoir surmonté habilement de réelles difficultés opératoires.

Suture en bloc des parois abdominales, l'uretère est fixé dans l'angle inférieur de la plaie; un tube à drainage est placé dans toute l'étendue de cette vaste plaie. Pansement à l'iodoforme; bandage de Scultet pour en faciliter le renouvellement.

L'examen de la pièce anatomique confirme le diagnostic du maître : hydronéphrose et calcul volumineux de la forme et de l'apparence d'une datte avec un prolongement correspondant à l'uretère, qui était ainsi obstrué.

Légère fièvre au début et un peu de suppuration les premiers jours, puis tout rentre dans l'ordre et le malade guérit sans la moindre complication. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 22 mai 1890.

M. LECERF communique une étude qu'il a faite d'un traitement employé par les médecins chinois contre la diphthérie, traitement qui a permis au médecin en chef du service colonial, aux Indes néerlandaises, de n'avoir qu'une mortalité de 2 p. 100 dans cette affection.

Ce traitement, en chinois na-au-san, est très populaire aux Indes, où la diphthérie est fréquente. Il a été publié, il y a plus de trois cents ans, par le Pen-tsan-kang-mou (Codex chinois), mais il est resté la propriété des médecins chinois, qui cherchent à en conserver le secret.

---

d'hygiène, de façon à leur faire comprendre que c'est au médecin, qui a étudié, qu'il faut s'adresser quand on est malade, de même qu'on va chez l'horloger quand on a une montre qui ne marche pas.

Voilà une herboriste que je ferais passer en Cour d'assises sous l'inculpation d'homicide par imprudence... si j'en avais le pouvoir; quant aux parents..., je leur ferais voir que les asiles d'aliénés n'ont pas été créés pour les chiens.

*
* *

Quoi qu'en dise Aristote et sa docte cabale,
Le tabac est divin et n'a rien qui l'égale.

Cependant, il est bon, à notre avis, malgré l'opinion contraire de Sganarelle, de combattre les habitudes malpropres des consommateurs de tabac; mais nous ne croyons pas qu'il faille se risquer à porter un pronostic funeste, comme celui que nous signale le fait divers suivant, publié par un journal quotidien :

M. Tom Wallace est mort à Londres à un âge très avancé. Il y a cinquante ans, un médecin lui avait prédit une mort prochaine s'il continuait à fumer. Chaque cigare, lui avait-il dit, est un clou pour votre cercueil.

Depuis cette époque jusqu'au jour de sa mort, M. Tome Wallace a fumé, il en a fait le relevé, 164,250 cigares et il se portait à merveille.

Pronostics, écueil de la médecine; il y en a de bien plus probables que celui dont

Il se compose : 1° D'une poudre à insuffler, en chinois sin-seh, contenant du borax, du bornéol, du cinabre, de l'acétate de cuivre, du charbon de pulpe, d'une espèce de prune, de la poudre de perles, de la racine de coptis tecta et du bézoard du bœuf; 2° de deux décoctions de parties de diverses plantes; ces décoctions servent comme gargarismes et tisanes; 3° d'un régime hygiénique.

Après avoir donné des renseignements généraux, M. Lecerf fait part des analyses que le docteur Wafers Bettinck, professeur à l'Université d'Utrecht, a faites de la poudre, et des résultats qui lui ont été fournis à lui-même par l'analyse de ce produit. Il fait ensuite l'étude des divers éléments employés dans ce traitement, tant au point de vue de l'histologie botanique que sous le rapport de la thérapeutique et de la pharmacologie. Il termine en relatant des observations de docteurs hollandais relatives au traitement de la diphthérie d'après la méthode chinoise.

Discussion par MM. Tison, Guelpa.

— M. Gaudin lit un travail sur l'aristol en chirurgie et en dermatologie. L'auteur fait un parallèle entre l'aristol ou bi-iodure de thymol et l'iodoforme. Après avoir cité un certain nombre d'observations dans lesquelles l'aristol s'est montré aussi efficace que l'iodoforme, il en fait ressortir les avantages qui résultent surtout de son innocuité et de son absence presque complète d'odeur. L'Aristol adhère bien à la peau et surtout aux muqueuses, ce qui rend son emploi avantageux dans le pansement des lésions des cavités naturelles. Sa solubilité dans l'éther le rend apte à l'imprégnation des objets de pensement; en raison de son insolubilité dans l'eau, il n'est que très difficilement absorbable par l'économie, et cependant ses effets locaux sont très manifestes et satisfaisants. Le bi-iodure de thymol semble donc combler d'un seul coup les desiderata qu'on cherchait depuis longtemps dans les succédanés de l'iodoforme.

Discusssion par MM. Gillet de Grandmont, Toledano, Baratoux.

Séance du 29 mai 1890.

Résultats cliniques du traitement antiseptique du charbon et du tétanos. — M. Marchisio, contre le charbon, s'est toujours servi d'injections de solutions phéniquées de 1 à 5 p. 100; dans un cas même, il a usé avec succès d'acide phénique pur. Ces injections sont fréquentes et, à l'occasion, poussées jusqu'à commencement d'intoxication. Tous les cas qu'il dit avoir traités par cette méthode, dont quelques-uns très graves, ont été guéris.

---

le Wallace dont il s'agit ci-dessus a été le sujet, et qui ont reçu de l'évènement un éclatant démenti.

Nous avons en ce moment sous les yeux l'exemple d'un pronostic de mort, à bref délai, porté sur un phthisique, il y a quatre ans, par un de nos professeurs, et ledit phthisique avancé se porte moins mal aujourd'hui qu'à l'époque où le pronostic a été porté. J'en connais un autre qui a été condamné vingt-cinq fois, qui a mené une vie de polichinelle, qui fume nuit et jour, et qui ne s'en porte pas plus mal. Tous les membres de l'Académie le connaissent aussi bien que moi.

Quant au Wallace en question, si on avait mis sur son cercueil autant de clous qu'il a fumé de cigares, en admettant que chaque clou pèse 5 grammes, ce qui n'est pas exagéré, les porteurs auraient eu une jolie charge : 721,250 grammes. Quel blindage !

Simplissime.

Potion contre l'athrepsie. — Dupré.

Oxyde de zinc..........................	3 gr. 50 centigr.
Bicarbonate de soude....................	1 gr. 50 centigr.
Teinture de ratanhia....................	2 grammes.
Julep gommeux...........................	30 —

F. s. a. une potion, à donner par cuillerées à café, de demi-heure en demi-heure jusqu'à cessation complète de la diarrhée et des vomissements. — N. G.

Quant au tétanos, il n'en cite qu'un cas dans lequel le nettoyage, le grattage à fond de la plaie a été fait au moyen d'une solution antiseptique chaude de bichlorure de mercure à 2 pour 1000, solution dans laquelle la partie a été immergée pendant trois heures. Cette immersion a été suivie d'un pansement antiseptique renouvelé chaque jour. Le malade a guéri, bien qu'ayant présenté des accidents tétaniques graves.

Discussion par MM. Leblanc, Tolédano, Polaillon.

Nécessité de préciser les conditions du curage de l'utérus. — M. de Backer lit un travail dont les conclusions sont les suivantes : le curage est une opération sérieuse, qui ne doit son succès qu'aux précautions antiseptiques les plus sévères ; il est indiqué d'urgence lorsqu'il s'agit de soustraire l'économie à un foyer septicémique ; dans le cas de frisson post-puerpéral et d'infection puerpérale déclarée, alors que deux injections antiseptiques n'ont pas suffi à amener l'abaissement de la température et la cessation des phénomènes infectieux au bout de vingt-quatre heures. Les injections antiseptiques sont la meilleure préparation au curage utérin. Il est indiqué également dans les cas d'hémorrhagie manifestement due aux polypes sous-muqueux. Dans les cas d'endométrite rebelle purulente et hémorrhagique, le crayon au chlorure de zinc est préférable, et il ne faut avoir recours au curage que lorsque tous les autres moyens dits palliatifs ont échoué.

Discussion par MM. Porak, Polaillon, Delthil, Duchaussoy.

Les secrétaires des séances, MM. Guelpa et Legerf.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de mai 1890.

N. B. — Les thèses dont les titres sont précédés d'une astérisque (*) ont été soutenues par un ancien interne des hôpitaux de Paris.

Jeudi 1er mai. — N° 194. M. Petit Cuinet (René) : De la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques séro-fibrineux. (Président, M. Laboulbène.) — N° 195. M. More (Ferdinand) : Contribution à l'étude de l'ophthalmoplégie externe. (Président, M. Panas.)

Jeudi 8. — N° 196 (*). M. Régnier (R.-L.-A.) : Essai critique sur l'intoxication par la morphine et sur ses diverses formes. (Président, M. Jaccoud.) — N° 197. Mlle Brandhenler (D.) : Contribution à l'étude de la spléno-pneumonie chez l'enfant. (Président, M. Dieulafoy.)

Mercredi 14. — N° 198. M. Marx (Maurice) : Colpocèle postérieur; son traitement. (Président, M. Guyon.) — N° 199 (*). M. Villemin (Eugène) : De la curabilité des accidents péritonéo-hépatiques d'origine alcoolique (ascite curable; cirrhose curable). (Président, M. Hayem.) — N° 200. M. Bonnier (Pierre) : Le sens auriculaire de l'espace. (Président, M. Gariel.)

Samedi 17. — N° 201. M. Pujol (Emile) : Contribution à l'étude du pied-bot congénital avec l'hydrocéphalie et l'hydrorachis. (Président, M. Panas.) — N° 202. Mlle Herzenstein (Hélène) : Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal prolongé. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 203. M. Billout (Gubriel) : De la bronchite dans la fièvre typhoïde. (Président, M. Dieulafoy.)

Jeudi 22. — N° 204. M. Lorin (Henri) : Du traitement de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale par les courants continus. (Président, M. Laboulbène.) — N° 205. M. Roulet (L.) : De l'érysipèle dans les maladies du foie. (Président, M. Laboulbène.) — N° 206. M. Boucher (Abel) : Des signes qui permettent de soupçonner la tuberculose chez les enfants. (Président, M. Debove.) — N° 207. M. Coudère (Hippolyte) : Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne comme cause de dystocie. (Président, M. Tarnier.) — N° 208. M. Marque (Antonin) : Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins. Parallèle des principaux modes de traitement. (Président, M. Tarnier.)

Mercredi 28. — N° 208. M. Carrasco (L.-W.) : Étude sur l'adénopathie trachéo-bronchique de la pneumonie. (Président, M. Potain.) — N° 210. M. Couturier (Louis) : Con-

tribution à l'étude de la thérapeutique intra utérine antiseptique. De la dilatation et du pansement antiseptique de la cavité utérine dans le traitement des métrites chroniques. (Président, M. Fournier.) — N° 211. M. Fortuniadis (Constautin) : Etude sur le chancre syphilitique des paupières. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 29. — N° 212. M. Dacquet (Octave) : Contribution à l'étude du diagnostic des anévrysmes de l'aorte abdominale. (Président, M. Peter.) — N° 213. M. Renault (Ch.-J.-Ed.) : Contribution à l'étude de la maladie de Basedow. Diagnostic et traitement par l'électricité. (Président, M. Dieulafoy.) — N° 214. M. Chamayou (Léon) : De la colopexie dans le traitement des prolapsus graves du rectum. (Président, M. Duplay.) — N° 215. M. Faivre (Paul) : Contribution à l'étude du prolapsus de l'utérus gravide. (Président, M. Tarnier.)

COURRIER

Ecole du service de santé de la marine. — La commission chargée d'étudier les propositions faites par la ville de Bordeaux pour l'installation d'une Ecole du service de santé de la marine est arrivée à Bordeaux. Elle a visité la Faculté de médecine, et, elle s'est rendue dans l'ancien asile des aliénés du cours Saint-Jean, où l'on propose d'installer provisoirement cette Ecole, en attendant la construction des locaux définitifs.

On se rend en sept minutes de l'Ecole projetée à la Faculté, et en dix minutes à l'hôpital.

La municipalité de Bordeaux est prête à faire tous les sacrifices nécessaires pour assurer à notre ville la nouvelle Ecole de médecine navale.

Aucune ville ne peut offrir au ministère de la marine les mêmes avantages et nous sommes persuadés qu'il ne saurait y avoir à ce sujet aucun doute sérieux.

Toute la presse médicale s'est formellement prononcée, depuis longtemps, pour le choix de Bordeaux. On nous a, une première fois, enlevé l'Ecole de médecine militaire après nous l'avoir donnée; on nous doit certainement une compensation. En nous donnant une Ecole du service de santé de la marine, on assurera la prospérité de notre Faculté et celle de la future Ecole.

Le service de santé de la marine trouvera dans notre région du Sud-Ouest un centre de recrutement fort important pour la médecine navale.

(*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*.)

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 20 mai 1890, M. Bergonié, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de Bordeaux.

— Par décret, en date du 29 mai 1890, a été nommé dans la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bassompierre, médecin major de deuxième classe.

— Par décret, en date du 2 juin 1890, M. le docteur Boussot (de Cavaillon) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— MM. les docteurs Carle (de Montélimar), Chalot (de Montpellier), Petit (de Longeau), sont nommés officiers d'Académie.

— Une médaille d'argent de première classe a été décernée à M. le docteur Couturier (de Saint-Etienne), et une médaille d'argent de deuxième classe à M. le docteur Montagnon pour leur dévouement lors du coup de grisou du 3 juillet 1889, aux puits Verpilleux et Saint-Louis (Loire).

Hygiène publique. — *Dépôts mortuaires dans les cimetières.* — Le Conseil d'hygiène de la Seine a examiné, sur la demande de l'administration préfectorale, la question des dépôts mortuaires à établir dans les cimetières Montmartre et du Père-Lachaise. Le plus grand nombre des villes d'Allemagne ont édifié des maisons mortuaires où les corps de décédés sont placés en attendant qu'ils présentent les signes certains de la mort. Il en existe de nombreuses en Angleterre, en Italie, et MM. Seval, en Belgique, Lamouroux,

Lacassagne, Arnould, Chassaing, Swingedan, en France, nous en ont donné des descriptions très complètes, et, au Conseil de salubrité de la Seine, la question a été posée plusieurs fois. Après avoir fait l'historique de l'affaire en France, et tout particulièrement à Paris, M. Brouardel a étudié l'installation des deux dépôts projetés et conclut en faveur de leur construction sous réserves de mesures hygiéniques à prendre. Le Conseil d'hygiène, après avoir entendu les observations de MM. Rochard, Alphand, Levraud et de Luynes, a donné son approbation aux conclusions du rapport de M. Brouardel.

Société de médecine de Toulouse. — *Prix.* — La Société de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse avait mis au concours la question suivante : « Sur l'intervention de la chirurgie contemporaine dans le traitement des affections de la poitrine et de l'abdomen ». Le prix, de la valeur de 600 francs (prix Gaussail), a été partagé entre M. Tachard (400 francs), médecin-major de 1re classe à l'hôtel des Invalides, et MM. Destot, Dor et Rivoire (200 francs), internes des hôpitaux de Lyon.

— Il vient de se fonder à Paris, sous le titre de « Comité central des Expositions », une très utile Société destinée à faciliter la participation de nos industries nationales aux prochaines expositions qui se préparent en France et à l'étranger.

Ce Comité, dont le siège est rue de Provence, 2, patronné par les plus hautes notabilités du commerce et de l'industrie, compte déjà de très nombreuses adhésions. Il a pour directeur notre confrère, M. Louis Bourne, dont la compétence en matière d'expositions est bien connue.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alba (d'Attignéville); Almaric (de Saint-Amans-Soult); Lantier (de Paris); Laurent (de Vincennes); Lebon (de Romillé); Lebouvier (de Saint-Laurent-des-Autels); Noulet (de Toulouse); Peyreigne (de Toulouse).

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Cochin, a commencé ses leçons de clinique thérapeutique à cet hôpital, le mercredi 4 juin à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Il traitera cette année de la thérapeutique des affections de l'estomac.

Le lundi, conférence de thérapeutique et de bactériologie par MM. les docteurs Bardet et Dubief, chefs de laboratoire.

Le vendredi, conférence clinique par MM. de Grandmaison et Mallet, internes du service.

Société de médecine légale. — Séance du lundi, 9 juin 1890, à quatre heures, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès verbal de la séance précédente. — 2. Communication de la Commission chargée de l'étude du projet d'organisation « des Archives de la médecine légale ». — 3. Présentation de deux brochures de M. le professeur Jaumes (de Montpellier). — 4. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillerées par jour.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

Emphysème et tuberculose.

Messieurs,

Au n° 9 de notre salle des hommes est couché un malade, âgé de 44 ans, entré pour un rhume. En l'examinant, nous avons constaté qu'il était atteint de tuberculose pulmonaire et, en même temps, d'emphysème, les signes de ces maladies n'ayant du reste, chez lui, rien de spécial.

Ses antécédents permettent de dire qu'il n'est point atteint de phthisie héréditaire; en effet, son père est mort à 80 ans et sa mère est âgée de 76 ans et bien portante; deux de ses frères sont morts, mais sans avoir d'accidents imputables à la tuberculose. Lui-même n'avait jamais été malade, sauf une varioloïde survenue dans l'enfance, lorsqu'en septembre dernier il fut pris d'hémoptysies et se mit à maigrir rapidement. Il séjourna d'abord un certain temps dans un service de médecine, puis passa ensuite en chirurgie pour un abcès du maxillaire gauche que l'on dut ouvrir et gratter, ce qui indiquait un état particulier des parois de la collection purulente.

Il sortit de l'hôpital, amélioré, puis les hémoptysies reparurent, de la gêne respiratoire se développa, et il entra de nouveau dans nos salles.

En l'examinant, nous trouvons que la fosse sous-épineuse droite est le siège d'une matité accentuée; il y a en même temps des craquements humides peu nombreux, une respiration rude, prolongée et un peu soufflante. La sonorité est forte dans le reste de la poitrine, la respiration faible, mais, dans quelques points, un peu rude et un peu prolongée. De ces signes, on peut conclure à l'existence de la tuberculose au sommet droit et à celle d'un emphysème très étendu dans le reste de la poitrine. Le pouls est un peu faible, le cœur a augmenté de volume, mais les bruits sont bien frappés et il n'y a pas de souffle à l'auscultation. La face présente une vascularisation exagérée et le malade avoue, du reste, des excès alcooliques.

Il est facile, en examinant notre malade, de constater l'existence d'une déformation unguéale excessive : ce sont les doigts hippocratiques dont il présente un type un peu exceptionnel. Ses doigts sont arrondis, gonflés à leur extrémité, la phalange unguéale est tuméfiée, la lunule disparue et l'ongle suit la courbure de l'extrémité du doigt. Ces déformations ont été très bien décrites par Esbach en 1876.

Il y a aussi des déformations notables du côté des orteils. Elles sont sur-

tout marquées à droite, où le gros orteil chevauche sur le deuxième et où il existe au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne l'altération pathologique qu'on a décrite sous le nom d'oignon.

Nous constatons donc, chez notre malade, l'association de la tuberculose et de l'emphysème, et nous devons nous demander ce qu'il faut en conclure pour le pronostic.

Cette association des deux maladies est relativement peu commune, si peu qu'elle a été niée à une certaine époque et que l'on admettait un antagonisme des deux manifestations pathologiques. Plus tard, comme on constata qu'il y avait quelquefois coïncidence, on admit que la tuberculose, chez les emphysémateux, offrait une marche torpide. On alla plus loin, et certains auteurs soutinrent que l'emphysème survenait pour guérir la phthisie. Il était donc utile de provoquer l'emphysème chez les tuberculeux et toute une thérapeutique se basa sur cette théorie.

Cependant les constatations cliniques montrèrent bientôt qu'il n'y avait pas un antagonisme absolu, et même quelques auteurs pensèrent que l'emphysème prédisposait à la tuberculose en affaiblissant la nutrition du malade; telle est l'opinion de mon collègue, M. le professeur Peter. En réalité, s'il est exact que la phthisie peut exister chez les emphysémateux, il est non moins vrai qu'elle y est rare et que, d'autre part, la phthisie peut être primitive et l'emphysème secondaire.

Dès 1875, Gallard avait attiré l'attention sur ce fait que la tuberculose peut provoquer l'emphysème chez des gens qui ne présentent pas cette altération du poumon, et, depuis, Hérard, Grancher ont prouvé le bien fondé de ces assertions. Il y a donc des variétés d'emphysème chez les phthisiques, suivant que la tuberculose survient chez un emphysémateux ou l'emphysème chez un tuberculeux. Dans ce dernier cas, il est généralement plus limité et n'occupe pas une grande étendue du poumon; d'autre part, la tuberculose qui survient dans l'emphysème affecte fréquemment la forme fibreuse et s'accompagne assez souvent de pneumonies chroniques dans lesquelles les parois alvéolaires sont épaisses, fibreuses et dures. Lorsque l'on fait l'autopsie d'un phthisique atteint d'emphysème secondaire, le poumon est souvent recouvert de bosselures rebondissantes résultant de la distension des vésicules pulmonaires.

Quant la tuberculose arrive chez un emphysémateux, la distension des vésicules occupe habituellement une bien plus grande partie du poumon, bien qu'il y ait assez souvent des pleurites qui rendent l'emphysème moins généralisé.

Etudions maintenant les modifications que l'une ou l'autre des deux maladies produisent dans les signes qui leur sont propres en commençant par les signes rationnels. La toux et la dyspnée se voient dans les deux cas. Dans la tuberculose, la toux est petite, sèche, quinteuse et pénible dès les premiers temps; chez l'emphysémateux, elle est souvent étouffée et éteinte. La dyspnée est peu marquée au début dans la phthisie, sauf quand la tuberculose envahit une assez grande étendue du poumon; alors en même temps que l'état général est très mauvais, la dyspnée survient sans qu'il y ait d'efforts. Il faut bien savoir qu'il peut y avoir des lésions très marquées du sommet sans dyspnée. L'emphysème s'accompagne d'une gêne respiratoire assez grande; c'est surtout une dyspnée d'effort qui survient dans les mouvements.

Voilà comment, avec des lésions beaucoup plus graves, il y a moins de

dyspnée dans la tuberculose; cependant, chez les tuberculeux présentant des lésions disséminées et en même temps de la sclérose pulmonaire, la dyspnée est considérable, analogue à celle des emphysémateux et revêt aussi l'aspect d'une dyspnée d'effort. Chez d'autres malades, la dyspnée ne tient qu'à l'emphysème et lui est proportionnelle.

L'amaigrissement est notable chez les tuberculeux et n'existe pas dans l'emphysème; cependant lorsque les malades sont condamnés à l'immobilité, ils peuvent présenter quelques troubles digestifs à cause de cette immobilité même.

Dans la phthisie, la déformation des ongles et de la dernière phalange, dont nous avons parlé plus haut, est généralement considérable et résulte des difficultés de l'hématose. Cette déformation, qui est très rare dans l'emphysème est, au contraire, très fréquente et souvent très précoce dans la tuberculose. Elle est assez rare chez les emphysémateux pour qu'Esbach ne l'ait rencontrée que chez un seul des malades atteints de cette altération des poumons qu'il a examinés. Au contraire, la plupart des tuberculeux la présentent, et c'est à peine si un sixième des phthisiques en est exempt.

Ce n'est pas à dire pour cela que les doigts hippocratiques ne se voient que dans la tuberculose. Cette déformation peut, en effet, se produire sous des influences multiples, car elle ne relève pas directement de la tuberculose, mais est sous la dépendance d'une altération de la nutrition qui peut dépendre d'autres maladies, l'arthritisme, par exemple. Aussi, quand la phthisie se développe chez les rhumatisants, les doigts hippocratiques sont-ils habituellement très développés. L'anoxémie à elle seule a une grande influence sur l'apparition des doigts hippocratiques, car, dernièrement, nous avons pu constater l'existence de ce vice de conformation chez un malade qui est venu à notre consultation atteint d'une malformation congénitale du cœur, entraînant l'ensemble symptomatologique connu sous le nom de cyanose.

L'emphysème ne causant, comme nous l'avons dit, qu'une dyspnée d'effort, on comprend que la déformation dont nous parlons ne s'y rencontre qu'extrêmement rarement. Chez notre malade, on ne peut penser au rhumatisme vrai, cependant c'est un arthritique, et nous avons déjà parlé de la déformation de ses orteils, dont le premier remonte sur le deuxième. Il y a en même temps une tendance à la déformation des doigts qui se dévient en masse vers le bord cubital de la main, déviation qui n'existe d'ailleurs chez lui que d'une façon très modérée. Cette disposition spéciale des doigts est assez souvent héréditaire, et si l'on en croit ce que raconte notre malade, son père était littéralement couvert de rhumatismes. Chez lui, donc, il y a à la fois arthritisme, emphysème et tuberculose, et il est un peu difficile de fixer exactement le degré exact d'influence qu'il faut accorder à chacune de ces tares dans la production de la déformation.

J'ai déjà eu occasion de vous parler, il y a quelques temps, d'une malade tuberculeuse qui présentait, à un degré très accentué, la difformité unguéale hippocratique et cependant guérit. Cette malade avait remarqué la conformation spéciale de ses doigts et avait entendu dire que cette conformation se rencontrait chez les phthisiques; très tourmentée, elle passait des journées entières en omnibus pour pouvoir examiner les mains d'un grand nombre de personnes. Elle avait pu remarquer ainsi la fréquence de la conformation hippocratique des doigts, mais avait vu aussi que cette conformation n'existait que chez des gens qui paraissaient fort

malades. Cependant, comme je vous l'ai dit, elle guérit, mais elle conserva cependant sa déformation qui tenait à sa constitution arthritique. La déformation n'était plus si accentuée parce que l'influence de la tuberculose avait disparu et qu'il ne restait plus que celle de l'arthritisme.

Donc, chez notre malade, on peut admettre que la déformation si considérable des doigts qu'il présente est due non seulement à la tuberculose, mais aussi à son état rhumatismal général.

Passons maintenant à l'examen des signes physiques. Il y en a qui sont communs et d'autres qui sont particuliers à chacune des deux maladies. Certaines modifications de la respiration sont communes; il en est ainsi de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, de l'expiration prolongée. Le souffle cavernuleux se voit exceptionnellement dans l'emphysème, lorsqu'il existe en même temps une dilatation bronchique à un degré suffisant pour qu'il y ait de petites excavations; ces cavernules, dues à la dilatation des bronches, se voient aussi chez les sujets qui présentent en même temps des cavernules d'origine tuberculeuse. Il n'est, du reste, pas toujours facile, même anatomiquement, d'affirmer qu'elle dépend de la tuberculose. Cliniquement, le problème est encore plus difficile, car, dans la phthisie, il se produit facilement un affaiblissement des parois bronchiques qui se laissent distendre, et le souffle cavernuleux se transmet facilement à l'oreille par suite de l'induration des parties du poumon qui avoisinent le tubercule.

La respiration soufflante, les râles caverneux se voient et dans l'emphysème et dans la tuberculose, mais il y a, malgré tout, un certain nombre de signes distincfifs qui permettent de faire d'une façon à peu près ferme le diagnostic entre les deux maladies.

La sonorité est diminuée dans la tuberculose, elle est augmentée dans l'emphysème; cependant il existe un certain nombre de cas difficiles à interpréter. En premier lieu, la sonorité due à l'emphysème peut masquer la matité due à la tuberculose ; en second lieu, l'emphysème, à un certain degré, fait disparaître toute congestion du poumon, par suite de l'atrophie des capillaires. Or, comme la plus grande partie des modifications du son dans la tuberculose dépend de la congestion pulmonaire, on voit que, chez les emphysémateux tuberculeux, la sonorité sera facilement augmentée. Au début de la tuberculose pulmonaire, les modifications de sonorité peuvent être très peu accentuées quand l'hyperémie du poumon est modérée et alors il s'agit simplement de nuances; c'est alors seulement par la comparaison, en percutant successivement les deux côtés, que l'on peut arriver à se faire une opinion, car la sonorité de la poitrine varie beaucoup selon les sujets et sa recherche en un point isolé ne sert pas à grand chose. Dans le cas d'emphysème, c'est le côté où il y aura le plus de son qui sera malade, tandis que, dans la phthisie, c'est le côté où il y en aura le moins; aussi arrive-t-il bien souvent qu'on ne peut se décider qu'après avoir ausculté. Si du côté où il y a le moins de son on trouve des râles et du souffle, et que de l'autre côté la respiration soit normale, on concluera à l'existence de la phthisie. Au contraire, si le côté sonore présente un murmure respiratoire faible et une expiration prolongée, on admettra que, de ce côté, il existe de l'emphysème. Le souffle tubaire est essentiellement un symptôme de la phthisie, le retentissement vocal est aussi exagéré dans la tuberculose, tandis qu'il est moindre dans l'emphysème. Les râles divers, les craquements humides, qui ne sont que des râles sous-crépitants, indiquent aussi la phthisie.

Je vous ai dit que des râles caverneux pouvaient dépendre de la dilatation bronchique. Leur siège a alors une grande importance, car, presque toujours, une lésion tuberculeuse occupe le sommet du poumon, tandis que, lorsque les râles se produisent à la partie inférieure ou moyenne de la poitrine, on peut presque affirmer la dilatation bronchique, Cependant, il est des cas exceptionnels où la tuberculose siège à la partie moyenne du poumon, même plus bas. J'ai vu récemment une jeune femme dont les sommets étaient indemnes et qui n'avait qu'une petite excavation à la base gauche de la poitrine; il s'agissait cependant d'une tuberculose, car les crachats étaient remplis de bacilles,

Il est intéressant d'étudier dans quelles conditions d'avenir se trouvent les malades emphysémateux atteints de tuberculose et de savoir en quelle mesure l'emphysème est capable de retarder la marche de la phthisie. Lorsque l'emphysème se produit dans le cours d'une phthisie, il est généralement circonscrit, vicariant, c'est-à-dire qu'il résulte de la dilatation de vésicules qui entourent le tubercule par suite de l'effort résultant d'une hématose insuffisante; cet état se voit souvent dans la phthisie aiguë. Dans ces cas, les malades conservent souvent leur poitrine dilatée au maximum et les vésicules se laissent peu à peu distendre. On peut expérimentalement reproduire des effets analogues chez les animaux lorsque l'on affaisse artificiellement une partie du poumon; la distension exagérée du reste de l'organe persiste ensuite quelque temps, même quand on en laisse la cause disparaître.

Chez notre malade, il est probable que l'emphysème est primitif, car il paraît avoir eu des bronchites précédant la phthisie et est arthritique, et, de plus, la dilatation emphysémateuse occupe la plus grande partie du poumon. Pourquoi est-il devenu tuberculeux? Cela nous est excessivement difficile à dire et nous savons, du reste, qu'il est souvent impossible d'élucider le mode de transmission de la maladie.

La tuberculose a débuté, chez le malade, par des hémoptysies conformément à la règle; l'hémoptysie n'est pas un signe de l'emphysème, à moins qu'il ne s'agisse d'un cardiaque. Le cœur est un peu gros, un peu dilaté; cela nous permet encore d'affirmer que l'emphysème est primitif, car, en général, chez les tuberculeux, le cœur est petit, à moins qu'il n'y ait une lésion emphysémateuse ou de la sclérose pulmonaire entraînant de la dyspnée.

Il est admis, en général, que la tuberculose qui survient chez un emphysémateux ou un arthritique a une marche lente. La tuberculose présente la même particularité dans la vieillesse, et on peut dire que, après 60 ans, la phthisie est véritablement peu importante. Il est aussi, du reste, très difficile de la diagnostiquer à ce moment derrière la bronchite chronique et l'emphysème. La bronchite chronique est pour ainsi dire plus grave que la phthisie chez le vieillard, car il est très fréquent de la voir se compliquer de bronchite capillaire ou de pneumonie congestive. Cependant il y a quelquefois des exceptions et, chez quelques jeunes gens, la phthisie marche très lentement, tandis que, chez certains vieillards, elle est très rapide dans son évolution. Autant qu'on en peut juger, notre malade rentre dans la règle générale et sa phthisie marchera lentement. Cependant, comme il y a eu une généralisation bacillaire dans la mâchoire, il faut faire des réserves de ce côté.

Le traitement de la tuberculose avec emphysème ne diffère pas essen-

tiellement de celui de la tuberculose ordinaire. Les principaux médicaments que l'on aura à employer sont l'arsenic et l'iodure.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons de thérapeutique, par Georges Hayem, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris. — *Les médications.* — G. Masson, éditeur.

Ces leçons, qui contiennent la publication magistrale du cours de thérapeutique de M. Hayem, font dignement suite à celles de 1886, publiées sous ce titre : « Les grandes médications ». Dans ce premier volume, M. Hayem avait passé en revue les éléments morbides tels que l'infection, l'adynamie, la fièvre et l'inflammation auxquels correspondent les médications désinfectante, sthénique, antipyrétique et antiphlogistique. Ensuite il avait étudié les principaux agents désinfectants et énuméré les produits que l'on a utilisés chez l'homme en vue de produire l'antisepsie, tels que l'acide phénique, le bichlorure de mercure, l'iodoforme, l'acide salicylique, etc.

Les trois premières leçons du volume qu'il publie aujourd'hui sont consacrées à une des grandes questions de thérapeutique générale, celle de l'action médicamenteuse. Il recherche si le vrai médicament s'adresse à la maladie, à sa cause, ou à l'organisme et établit la distinction des effets des médicaments en effets physiologiques et en effets thérapeutiques.

Il consacre ensuite plusieurs chapitres à la médication antihydropique : il étudie l'hydropisie comme élément morbide, et divise les hydropisies en deux groupes : les hydropisies d'origine mécanique ou statique, et les hydropisies d'origine dyscrasique. Les moyens de la médication tels que le repos, le lait, la diète, les agents médicamenteux tels que la digitale, l'ergot de seigle, café, le jaborandi, les frictions, l'hydrothérapie, etc., les procédés opératoires tels que la saignée, les mouchetures, etc., sont examinés tour à tour.

Après la médication hémostatique (hémorrhagies d'origine mécanique et hémorrhagies d'origine dyscrasique — ergot de seigle, perchlorure de fer, etc., saignée et transfusion) qui fait l'objet de trois leçons, il passe à la médication reconstituante; il traite des procédés concernant les nouveau-nés (couveuse et gavage) et s'étend longuement sur les matières minérales entrant dans la constitution de l'organisme et en première ligne le chlorure de sodium et le bicarbonate de soude.

Dans la médication de l'anémie, les agents médicamenteux sont nombreux : le fer, l'arsenic, les eaux minérales, de même, les agents physiques, l'hydrothérapie, l'aérothérapie, l'électrisation, sans oublier les procédés opératoires, tels que la saignée, la transfusion, dont les effets sont décrits avec soin.

Avant d'énoncer les principaux moyens de la médication du diabète sucré, M. Hayem présente un tableau résumé de nos connaissances sur la physiologie et la pathogénie du diabète sucré. Les agents médicamenteux sont : l'opium, la belladone, l'arsenic, la glycérine, l'acide salicylique, le benzoate de soude, l'acide phénique, la teinture d'iode, la valériane, le bromure de potassium et l'antipyrine.

Après avoir décrit succinctement ce qu'on appelle l'état obèse, il traite de la médication de l'obésité, et termine par la médication de la douleur. Cette partie est consacrée aux anesthésiques, dont il décrit les effets physiologiques et le mode d'administration : en quelques mots, il indique quelles raisons peuvent servir de guide dans le choix d'un anesthésique plutôt qu'un autre, et s'étend longuement sur les effets produits par le chloroforme et l'éther.

Les derniers paragraphes ont pour titre : Moyens propres à combattre les accidents de l'anesthésie générale; contre-indications à l'emploi des anesthésiques; protoxyde d'azote; anesthésie locale (acide carbonique, cocaïne, menthol, brucine, chloral).

REVUE DES JOURNAUX

Fissure du col de la vessie chez la femme et cystite consécutive. — Dans la dernière séance annuelle de la Société de médecine de l'Etat de New-York, le docteur Robert Morris a lu un mémoire qui avait pour titre : « Sur une forme fréquente, mais rarement décrite, de la cystite chez la femme. » (*New-York Medical Journal*, 15 février 1890.) — L'auteur affirme que la fissure du col de la vessie est rencontrée beaucoup plus souvent (chez la femme) que celle de l'anus, mais qu'elle est rarement reconnue. On peut l'observer en dilatant doucement l'urèthre avec un spéculum approprié et en y dirigeant la lumière d'un miroir réflecteur. Elle se présente sous la forme d'un petit ulcère grisâtre semblable à une étroite érosion aphtheuse de la bouche. Les symptômes primitifs sont la douleur en urinant, un ténesme prolongé après le passage de l'urine, et des mictions fréquentes. Secondairement se manifestent la cystite catarrhale et des troubles nerveux. La fissure peut avoir pour cause la pression des plis de la muqueuse de l'urèthre produits par l'utérus dévié, ou la plaie superficielle due au passage d'un gravier; elle peut être simplement microbienne, comme on l'admet pour les aphthes de la bouche.

Le traitement chirurgical consiste à dilater lentement l'urèthre par l'introduction du doigt, en visant au même résultat que l'on cherche à obtenir par la dilatation du sphincter de l'anus atteint de la même lésion.

Immédiatement après la miction, on combat le ténesme douloureux en injectant au col de la vessie quelques gouttes d'une solution de cocaïne au vingtième. Un tampon vaginal de laine (*wool*) donne la sensation d'un grand bien-être et diminue la tendance au spasme de la vessie. Mais il faut éviter l'emploi de tout tampon susceptible d'absorber les liquides et de s'en imprégner, car, devenant dur en peu d'heures, il est promptement une cause d'irritation pour la vessie précisément comme l'a été l'utérus.

Si ce traitement échoue, on peut être obligé, dans les cas graves, de recourir à une opération sérieuse, l'ouverture de la vessie. (*The Ther. Gaz.*, 15 avril 1890.) — R.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

(1889. — 1er et 2e fascicules.)

SOMMAIRE : Glycéré d'acide phénique. — L'huile d'olive dans la colique hépatique. — Injections d'acide phénique dans l'anthrax. — Corps étrangers des voies aériennes. — Cathétérisme de l'uretère.

Nous ne pouvons malheureusement analyser que quelques-unes des communications qui ont été faites à la Société par nos éminents confrères de la Gironde.

M. CARLES a étudié l'*action de l'acide phénique* sur les muqueuses lorsqu'il est associé à la glycérine. Si à 30 grammes de glycérine neutre et pure on ajoute 5, 10, 15, 20 et même 30 grammes d'acide phénique chimiquement pur lui-même, on obtient un mélange que l'épiderme de la main supporte bien pendant longtemps et dont s'accommodent même les muqueuses du nez, des oreilles avec de faibles doses. Si la glycérine est déjà aqueuse, ou si l'on dilue avec de l'eau ce glycéré de phénol, le mélange devient irritant, caustique et d'un contact intolérable pour la muqueuse et même la peau. Peut-être la glycérine et l'acide phénique forment-ils une combinaison irritable, une sorte d'éther mixte que l'eau saponifie, c'est-à-dire dédouble en ses deux composants.

Nous devons signaler un travail de M. Martial DURAND sur l'*emploi de l'huile d'olive à hautes doses dans le traitement de la colique hépatique*. Une malade qu'il a eu occasion de soigner avait des crises de coliques hépatiques depuis trois ans. Il réussit à arrêter un accès en faisant boire à la malade 200 grammes d'huile d'olives. Les concrétions qui

furent expulsées étaient composées, selon la règle, d'amas de graisses neutres et d'acides gras libres. On peut cependant rencontrer des calculs au milieu de ces concrétions, et M. Arnozan en a fait analyser un qui était composé de cholestérine et de sels biliaires à base de chaux.

M. Londe a lu un mémoire sur le *traitement de l'anthrax par les injections sous-cutanées d'acide phénique*. Il a adopté une solution à 10 p. 100 en prenant comme véhicule un mélange à parties égales d'eau et de glycérine neutre à 30 p. 100. Il n'a eu des eschares, du reste très petites, qu'après avoir répété l'injection au même endroit. Cependant, sauf dans les cas urgents, M. Londe conseille de s'en tenir à la solution à 5 p. 100 à cause de la douleur excessive qu'amènent les injections. Sous l'influence des injections hypodermiques, les symptômes généraux s'amendent rapidement et le pronostic devient aussitôt beaucoup meilleur.

M. Vergely a communiqué une observation intéressante de *syncope et de convulsions provoquées par l'abaisement forcé de la langue*. Un enfant de dix-huit mois, auprès duquel il fut appelé, était atteint de laryngite striduleuse légère. Pour l'examiner il porta une cuillère sur la base de la langue qu'il chercha à déprimer. A la deuxième tentative, l'enfant cessa de s'agiter, les bras retombèrent inertes, en même temps que les yeux devenaient fixes et le cœur et la respiration s'arrêtèrent pendant quarante secondes. Après ce temps, sous l'influence des moyens appropriés, la respiration se rétablit, mais il survint une convulsion qui se prolongea et s'accompagna de refroidissement et de cyanose des extrémités. L'enfant resta deux heures dans une torpeur absolue dont il revint peu à peu, de telle sorte que, le lendemain, tout était dissipé.

A propos de cette observation, M. Moure a rappelé que Bouchut avait signalé des cas de mort par abaissement de la langue. Pour éviter les accidents, il faut faire cet abaissement pendant l'expiration. Lorsqu'on procède pendant l'inspiration, on refoule l'épiglotte sur le larynx au moment où celui-ci s'ouvre pour l'introduction de l'air, et il en résulte un spasme de la glotte même chez l'adulte.

Il faut citer une observation de M. Dudon qui se rapporte à un cas rare, *rupture de la veine fémorale*. Ayant à débrider et à agrandir une plaie de l'aine résultant de la suppuration des ganglions de la région, il exerça avec son doigt une pression assez forte sur le côté externe d'un orifice étroit qui établissait la communication de l'abcès extérieur avec la fosse iliaque. A ce moment, un jet de sang noir s'écoula indiquant la déchirure de la veine fémorale. Après application d'une pince à forcipressure, M. Dudon dénuda la veine et la lia au catgut au-dessous, puis au-dessus de la blessure. La veine fut coupée entre les deux ligatures. Les résultats immédiats furent satisfaisants, mais le malade mourut d'un érysipèle. M. W. Dubrueilh a fait l'autopsie. Le membre inférieur était fortement œdémateux, il y avait du pus dans la gaine des vaisseaux fémoraux et dans la veine. La phlébite s'est sans doute développée à cause de l'érysipèle.

M. Moure a rapporté un certain nombre d'observations personnelles de *corps étrangers des voies aériennes*. Une des plus intéressantes concerne un jeune homme de 19 ans qui avait avalé une aiguille. Cette dernière s'était implantée au-dessus de l'épiglotte et la maintenait à peu près rabattue sur l'orifice du larynx. M. Moure put l'extraire, quoique avec difficulté, grâce à des badigeonnages de cocaïne de l'arrière-gorge et de la base de la langue. M. Moure recommande de savoir se passer de l'anesthésie locale; pendant l'extraction de l'aiguille, la pointe se cassa et fut rejetée par la toux, tandis que, si le larynx avait été insensible, elle aurait très bien pu être avalée et causer des accidents graves. Dans deux des cas de M. Moure, le malade mourut faute d'intervention; il s'agissait de grains de maïs dont la présence provoqua, selon la règle, des inflammations du parenchyme.

M. Pousson a lu une note sur un cas d'*anurie calculeuse*. Son malade, après avoir eu des crises de coliques néphrétiques bien nettes à plusieurs reprises, avoir rendu des sables en abondance, présenta pendant quelque temps des hématuries et des douleurs vives le long du périnée et de la verge, subitement l'urine se supprima, et le malade

usqu'à sa mort, qui survint le dixième jour, ne rendit plus que quelques cuillerées d'urine sanguinolente.

A propos de ce cas, M. Pousson a étudié les conditions dans lesquelles pouvait se faire l'intervention chirurgicale. Les procédés employés pour constater le siège des calculs obturateurs sont non sanglants ou sanglants. En tête des premiers se place la palpation des uretères à travers la paroi abdominale. Il faut, pour la pratiquer, débarrasser soigneusement l'intestin par des purgatifs doux et administrer les anesthésiques, si le patient est, si peu que ce soit, pusillanime. Le chirurgien portera alors ses mains à plat sur la paroi abdominale, suivant le trajet d'une ligne qui, parallèle à l'axe du corps, coupe l'arcade crurale à l'union de son tiers interne avec ses deux tiers externes. La palpation intra-pelvienne est aussi très utile et on pratiquera les touchers rectal ou vaginal.

Chez la femme, on introduira dans le vagin le doigt homonyme de l'uretère à explorer et on dirigera la pulpe vers l'angle antéro-latéral. Le cathétérisme des uretères par les voies naturelles réclame un tour de main spécial. On ne l'a réglé que chez la femme, en prenant comme points de repère deux sillons qui, commençant au point où finit le relief de l'urèthre sur la paroi vaginale, divergent de façon à figurer un V ouvert du côté du col utérin. Une injection vésicale modérée rend évidents ces deux sillons. Reginald Harrison a pu, dans certains cas, débarrasser les bassinets et les uretères des calculs qui les encombraient en remplissant la vessie d'eau tiède et en l'y maintenant sous une forte pression; le liquide passa dans les uretères.

Il est très difficile, en réalité, de pratiquer le cathétérisme de l'uretère sans y voir. Aussi, Emmet, Bozeman ont-ils eu recours à des opérations sanglantes et cathétérisé après avoir ouvert la vessie par le vagin. Bozeman vante la création d'une ouverture au niveau des angles du trigone. Chez l'homme, c'est par la taille hypogastrique que l'on mettra à découvert les méats uréthraux.

M. Pousson vante, comme incision exploratrice de l'uretère, une section verticale faite dans le flanc même (laparotomie vraie) et descendant en se courbant vers la fosse iliaque. En décollant le péritoine, on peut, par cette voie, arriver sans encombre sur l'uretère et l'explorer dans toute son étendue, du bassinet à l'embouchure dans la vessie. En cas de résultats négatifs d'un côté, on devra faire l'opération du côté opposé. Le calcul reconnu, on essayera d'abord de le chasser dans la vessie par des pressions exercées de haut en bas; si on échoue, on pratiquera une incision sur le corps obstruant pour en faire l'extraction.

M. Peyraud a relaté les résultats d'expériences dans lesquelles il a employé la strychnine comme vaccin chimique végétal du *tétanos*. Il a produit le tétanos avec de la terre de son chai cinq fois sur dix, et c'est avec des séries d'inoculés par ce tétanos d'origine tellurique qu'il a fait ses inoculations sur les vaccinés et leurs témoins. Il semble à M. Peyraud qu'il y a, chez les vaccinés, une survie relative; que chez ces vaccinés avant inoculation, qui ont été inoculés à quelques jours de la dernière vaccination, c'est-à-dire revenus à la santé, la survie persiste; que, chez ceux qui ont été encore strychninés après l'inoculation, la mort est arrivée plus tôt.

M. W. Dubreuilh a fait plusieurs communications. Le défaut d'espace nous oblige à ne citer que celle relative à la *pelade*. Il a observé une petite épidémie d'atelier et recueilli, de plus, des renseignements sur une épidémie sévissant dans le 6e hussards en garnison à Bordeaux. La contagion lui semble démontrée.

Nous ne pouvons malheureusement que mentionner les travaux de MM. Armaingaud et Sons sur l'*hémianopsie* ou hémiopie, et terminerons en citant les recherches de M. Arnozan sur le *pouls et le cœur des blennorrhagiques*. Le pouls est très lent chez les blennorrhagiques; souvent le nombre des pulsations s'abaisse à moins de 60. Il a encore, comme caractères, une grande mobilité dans son rythme. M. Arnozan a pu voir apparaître un souffle systolique de la pointe chez un de ses malades, quatre fois il a noté des dédoublements et une fois un claquement exagéré du deuxième bruit aortique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Traitement du cancer du rectum. — Traitement des ulcères par les greffes. Extirpation de l'épithélioma des reins.

M. Marchand insiste sur ce point que le grand avantage que présente la méthode de Kraske est de permettre la conservation du sphincter anal. Bien longtemps avant Kraske, Dieffenbach avait préconisé un procédé tendant au même but et qu'il a employé pour faire l'ablation d'un cancer haut placé. On commence par fendre le sphincter en arrière, puis, après résection de la partie d'intestin malade, on rapproche les deux bouts et l'on suture le sphincter.

M. Terrier ne pense pas que l'opération de Dieffenbach puisse donner de bons résultats, car l'incontinence est à craindre à la suite de la double section du sphincter. Dans une de ses opérations, M. Terrier ne l'a fendu qu'en arrière et l'a reconstitué ensuite par une suture; malgré cela, son malade a eu de l'incontinence. Dans un autre cas, il a fait l'opération de Dieffenbach pour un rétrécissement du rectum et n'a encore fendu le muscle que postérieurement; le malade a cependant eu de l'incontinence pendant quelque temps. La double section exposera encore davantage à l'inconvénient que l'on veut éviter par l'opération de Kraske.

M. Terrier propose de modifier le procédé de Kraske, de façon à ne réséquer que la partie supérieure du coccyx et la partie latérale du sacrum. On pourrait ainsi ménager les insertions coccygiennes les plus utiles.

M. Quénu cite un fait qui vient à l'appui des idées de M. Terrier. Il a fait, sans s'en douter du reste, une sorte d'opération de Dieffenbach pour un cancer du rectum situé très haut. Les deux sections du sphincter se sont réunies par première intention, et cependant, un an plus tard, le malade avait encore de l'incontinence.

M. Pozzi vante l'incision que Wœlfler a appelée para-sacrée ou para-rectale, et qui est faite sur les côtés. Elle permet de s'assurer de l'étendue des lésions et sert pour l'opération de Kraske lorsque cette dernière est reconnue possible.

M. Marchand fait observer que, chez la femme, le sphincter vulvaire sectionné recouvre rapidement ses fonctions.

Pour M. Quénu, la section du sphincter vulvaire n'est pas comparable à celle du sphincter anal chez l'homme; dans ce dernier cas, l'opération de Kraske nécessite des délabrements nombreux, entre autres la section des nerfs qui se rendent au muscle.

M. Verneuil a fait très souvent la rectotomie linéaire postérieure sans avoir d'incontinence. Il cite une observation qui prouve l'innocuité de l'opération à ce point de vue. Il a eu à traiter un enfant qui présentait une imperforation congénitale du rectum et pour atteindre l'intestin, placé très haut, dut faire une incision médiane et réséquer le coccyx. Le malade a guéri et son sphincter se contracte normalement. Une seule incision peut donc n'être pas nuisible, mais il n'en est peut être pas de même d'une double section.

Pour M. Berger, on a exagéré les inconvénients que détermine la section du sphincter et la résection du coccyx. Il a fait de nombreuses rectotomies qu'il a parfois prolongées en haut assez loin. Sauf dans quelques cas où il y avait issue des gaz et des liquides de diarrhée, il n'a pas eu d'incontinence chez ces opérés. Le tissu cicatriciel peut devenir si résistant que l'on est contraint de recourir à la dilatation.

M. Quénu insiste sur ce point que l'on ne peut comparer la rectotomie postérieure à la section du sphincter dans le Kraske ou le Dieffenbach. Dans le cas de rétrécissement syphilitique, le sphincter s'atrophie pour ainsi dire et le tissu nouveau le remplace, laissant du reste échapper des gaz. Après la rectotomie, le sphincter dû au tissu cicatriciel présente le même inconvénient, mais rien de plus.

M. ROUTIER distingue la simple incision postérieure de l'opération de Kraske. Les inconvénients qu'entraîne cette dernière ont été étudiés en Allemagne. Dans beaucoup de cas, ils dépendent en partie des altérations du côté des nerfs. Du reste, il ne faut pas opérer par la méthode de Kraske les cancers situés assez bas pour qu'il n'y ait pas une hauteur suffisante de rectum intacte.

C'est aussi l'avis de M. RICHELOT, qui regarde l'opération comme excellente quand le cancer est haut placé, et qui, dans le cas contraire, la considère comme contre-indiquée.

M. VERNEUIL revient sur l'utilité de la rectotomie linéaire postérieure qui, dans les rétrécissements syphilitiques, donne des résultats excellents, immédiats et éloignés. Il ne pense pas, comme M. Quénu, que le sphincter disparaisse. Le rétrécissement siège habituellement à quelques centimètres de l'anus, et le muscle reste intact et conserve sa puissance. L'incontinence est possible à la suite de la section lorsque toute la région ano-rectale est envahie par le néoplasme. Même dans ces cas, la rectotomie est supérieure à l'extirpation.

— M. TERRILLON communique une observation d'*ablation d'un épithélioma du rein par la néphrectomie transpéritonéale.* La malade était une femme adulte qui, depuis six mois, souffrait beaucoup dans la région lombaire gauche et avait des hématuries. Il fut facile de reconnaître l'existence d'une volumineuse tumeur qui faisait surtout saillie en avant. M. Terrillon, jugeant la néphrectomie lombaire impossible, se décida à l'enlever par la voie antérieure. Il incisa l'abdomen latéralement, en dehors du muscle droit, sur une longueur de 25 centimètres et arriva facilement sur la tumeur recouverte par le péritoine épaissi. Il fallut une heure pour faire la décortication. La masse rénale, bosselée dans sa partie supérieure, était longue de 22 centimètres. M. Terrillon l'enleva après avoir placé une double ligature sur le pédicule. Les lambeaux de la coque furent fixés par un certain nombre de sutures à la paroi abdominale, et la cavité isolée et profonde résultant de cette manœuvre bourrée de gaze iodoformée. Les suites furent simples; actuellement l'opérée se porte bien, et bien que l'enlèvement de sa tumeur date de deux ans, elle ne présente pas de récidive. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma rénal cylindrique, développé aux dépens des 4/5 supérieurs de l'organe.

M. QUÉNU rappelle qu'il a récemment communiqué une observation du même genre. Il aurait peut être été mieux de faire une incision médiane et de placer un drain; l'emploi de la gaze iodoformée peut être suivi d'accidents.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait remarquer qu'il est rare de voir des cancers du sein limités à la partie supérieure et moyenne de la glande. Généralement, tout l'organe est pris en même temps. La survie de deux ans que présente la malade est importante, car elle doit engager à opérer les cancers du sein. Malheureusement, le plus souvent, les malades attendent qu'ils aient des tumeurs énormes, tandis que, comme pour les autres cancers, il faudrait opérer le plus tôt possible.

— M. NIMIER lit au nom de M. Chauvel un rapport sur des observations de M. MOTY.

La première se rapporte à une *rupture traumatique de l'intestin.* Le blessé était un pauvre soldat qui avait reçu un coup de pied de cheval sur le ventre. La laparotomie faite le lendemain permit de découvrir une péritonite et une rupture complète des parois siégeant sur le bord convexe d'une des anses. On fit la suture de l'intestin et le lavage du péritoine et le malade guérit, bien que la paroi du ventre ne se soit réunie que par seconde intention, après rupture des sutures.

Dans le second fait, il s'agit d'un malade qui, en 1871, avait eu le *pariétal* du côté *droit* fracturé par un coup de feu. A la suite, il s'était établi une fistule laissant écouler un liquide purulent. M. Moty appliqua deux couronnes de trépan sans pouvoir découvrir de corps étranger; cependant la plaie se cicatrisa et le malade guérit.

Dans la troisième, M. Moty eut à traiter un malade qui avait un *abcès à la partie supéro-interne de la cuisse.* Après incision on reconnut que la collection purulente dépendait d'une altération tuberculeuse de la symphyse du pubis dont on enleva une portion nécrosée. La guérison survint après drainage.

— M. Berger présente un malade qui, après une amputation pour traumatisme, avait un moignon conique de la jambe. Il a pu faire cicatriser l'ulcération en empruntant un lambeau à la jambe du côté opposé.

M. Reclus a eu dernièrement dans son service un homme pourteur d'un ulcère étendu de la jambe droite, et précédemment M. Berger l'avait guéri d'une lésion semblable du côté gauche par la méthode italienne. M. Reclus se servit des greffes de Thiersh, mais la cicatrice se détruisit au bout de trois mois.

Pour M. Berger, le traitement des larges pertes de substance doit toujours se faire par le transport de lambeaux cutanés étendus. C'est de beaucoup le procédé le meilleur. Dans la greffe épidermique, il y a souvent rupture des vaisseaux de nouvelle formation.

M. Terrier distingue les ulcérations d'origine traumatique et les ulcères variqueux. Dans le premier cas, la séparation se fait facilement; dans l'ulcère variqueux, les tissus sont altérés depuis longtemps et la guérison définitive est difficile à obtenir.

M. Quénu n'établit pas une distinction aussi nette entre ces deux ordres d'ulcérations. Il insiste sur le rôle important des lésions nerveuses. Dans un cas, il n'a appliqué les greffes de Thiersh qu'après avoir fait une résection du sciatique poplité interne et du musculo-cutané. Le membre était couvert de névromes. Les greffes ont bien tenu.

M. Lucas-Championnière a souvent vu la cicatrisation par les greffes aussi bien tenir que la cicatrisation spontanée.

— M. Segond présente un jeune garçon opéré par un procédé nouveau d'*exstrophie de la vessie*.

COURRIER

La Société française de tempérance a tenu séance solennelle, sous la présidence de M. Charles Muteau, conseiller à la cour d'appel de Paris. Après avoir entendu l'allocution de M. Charles Muteau, le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. le docteur A. Motet, le rapport de M. Guignard sur les récompenses, la Société a décerné : Une médaille de vermeil à MM. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, et à Nicolas Flamant, chef de service à Choisy-le-Roi; 137 diplômes de membre associé honoraire; 13 médailles d'argent; 445 médailles de bronze; 181 diplômes de témoignage de satisfaction; 10 livrets de caisse d'épargne postale d'une importance totale de 120 francs, avec diverses publications de la Société et 1,320 exemplaires de l'avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Beauvoisin, instituteur à Villy-Bocage (Calvados), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine*).

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Hôpital de la Charité. — Professeur DUPLAY.

Sur un cas de mal de Pott.

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui d'un petit malade âgé de 16 ans 1/2 et exerçant la profession de régleur en registres. Cet enfant présente un développement intellectuel très retardé et son développement physique est lui-même peu en rapport avec son âge. Aussi les renseignements qu'il nous fournit sont-ils très incomplets, surtout pour ce qui a rapport au début de sa maladie. Cependant on peut arriver à s'assurer que cette maladie a commencé lorsqu'il était âgé de 5 ans, c'est-à-dire il y a onze ans, sans cause appréciable. A ce moment il a présenté des accidents généraux, des douleurs assez vives et a dû garder le lit longtemps, jusqu'au moment où on lui a appliqué un corset. Lorsqu'il fut porteur de cet appareil, il put se lever un peu, puis jouer comme les enfants de son âge et enfin prendre la profession qu'il exerce actuellement, et qui, du reste, n'est pas fatigante, puisqu'il reste couché continuellement. Dès le moment où il avait été malade, il avait vu se développer, à la partie inférieure de sa colonne verté-

FEUILLETON

LES SALONS DE 1890

Nous n'avons pas, cette année, de grandes toiles à effet consacrées à l'art médical ou plutôt à ceux qui l'exercent. Nous avouons du reste que nous n'en sommes pas fâchés, et, bien que les plus illustres parmi nos maîtres aient cru devoir se faire peindre dans l'exercice de leurs fonctions, il ne nous semble pas que leur dignité ait à gagner aux réflexions, pas toujours bienveillantes, d'une foule en général peu apte à comprendre la signification des scènes qu'on lui présente.

Au Salon des Champs-Elysées, dont nous nous occuperons tout d'abord, l'œuvre la plus importante dans notre spécialité est le tableau de M. E. BISSON, *Après l'opération*. On y trouve les portraits de MM. Guyon, Potain, Segond. L'opéré est M. Osiris, à qui M. Guyon vient de faire la lithotritie. Le chirurgien debout, en pleine lumière, avec l'air digne et froid qui lui est habituel, montre aux assistants des miettes de la pierre contenues dans le réservoir de l'aspirateur; à gauche, M. Potain, d'une ressemblance frappante, tient le pouls du malade, tandis que M. Segond, à droite, se penche au-dessus de l'opéré, qui est vu de trois quarts et se soulève sur son coude. L'ensemble de la composition, agrémenté de récipients à instruments et à bouteilles, et d'une table recouverte d'outils, est vraiment un peu froid; tout le monde a l'air figé. Par contre, les

brale, une gibbosité très accentuée. Cette gibbosité ne le gênait pas, lorsqu'il y a un mois elle devint le siège de douleurs irradiant surtout vers le membre inférieur gauche. Cette aggravation de sa situation le décida à venir réclamer nos soins, bien qu'il n'y ait pas eu de changement dans l'état local de la colonne vertébrale. Enfin il n'avait plus de corset et cela aussi a dû le décider à entrer à l'hôpital.

Lorsque nous avons examiné notre malade pour la première fois, nous nous sommes trouvés en face d'un enfant chétif, à thorax très peu développé, à membres inférieurs longs et grêles à peu près normaux. La colonne vertébrale présente au bas de la région lombaire une gibbosité extrêmement prononcée, un peu anguleuse, bien qu'elle ait en général l'aspect arrondi ; le sommet en est dirigé en arrière et légèrement dévié du côté droit.

En recherchant l'origine de cette gibbosité, on reconnaît immédiatement que les vertèbres sont déplacées et que l'aplatissement porte sur le corps. Les vertèbres lombaires ont subi une perte de substance en avant, et il en est résulté que les apophyses épineuses font saillie en arrière. C'est la destruction et l'affaissement des corps vertébraux qui entraînent la déformation : il n'y a pas d'autre altération et l'exploration des gouttières vertébrales reste négative. Sur la peau, au niveau de la saillie, on remarque facilement la présence de quelques petites cicatrices; mais ces cicatrices sont superficielles et elles ne ressemblent en rien à celles qui succèdent aux fistules dépendant d'un abcès. Lorsque l'on presse sur les apophyses épineuses, on provoque une certaine douleur et il en est de même lorsque la pression porte sur les gouttières.

Dans les cas de ce genre, le diagnostic est excessivement facile. Il s'agit d'une cyphose, c'est-à-dire d'une déviation de la colonne avec un angle saillant en arrière. Deux lésions seules peuvent produire cette difformité : un traumatisme ayant détruit d'une façon plus ou moins complète les corps vertébraux ou bien la destruction, par le développement de tubercules, de ces mêmes corps vertébraux. Il nous est facile d'établir que, chez notre

---

portraits sont d'une grande ressemblance, d'une ressemblance frappante, et l'on ne peut que remercier le généreux donateur qui l'offre à l'hôpital Necker, théâtre des exploits de M. Guyon.

M. Gintrac-Fouasset a peint la *Clinique des maladies des yeux de la Faculté de Bordeaux* avec son professeur M. Badal. Une malade est couchée sur la table d'opération; le professeur tient la tête de la patiente de la main gauche et de la droite l'instrument qu'il se prépare à employer. A sa droite se trouvent un aide, une sœur de Saint-Vincent-de-Paul, un médecin militaire. A droite du tableau est assise une malade pansée, tandis que d'autres attendent leur tour. Ce sont là beaucoup de personnages pour un bien petit tableau qui, malheureusement, est d'une couleur froide et terne. Il doit faire plus clair que cela dans une clinique d'ophthalmologie.

L'*Accident chez le pharmacien*, de M. Simon, se rapproche de l'anecdote. Au milieu d'une pharmacie est assis un homme, le torse nu ; un médecin, qui vient d'être appelé (je me refuse à croire à la représentation d'un cas d'exercice illégal), est à la recherche d'une fracture de côte, tandis qu'un aide soutient le patient, dont la tête, un peu hirsute, s'incline d'un air accablé. La foule regarde à travers les vitres. En somme, un bien grand tableau pour un petit sujet et une couleur bien terne. Il est vrai que cela vaut encore mieux que la peinture à reflets des sous-Bénards. Le terne domine, du reste, sur toute la ligne dans les scènes médicales. Il fait bien peu clair dans le *Pavillon de M. de Thierry* que nous a peint M. Laurent Gsell. Assis sur une chaise et tenant un verre de la main gauche, le préparateur explique à ses auditeurs et auditrices la réac-

malade, il n'y a pas eu de traumatisme, car, bien que les renseignements qu'il fournit soient peu explicites, il est certain que le début de sa maladie a été lent. Nous pouvons donc dire qu'il s'agit, chez lui, d'une affection due à un envahissement tuberculeux, qu'il a une cyphose symptomatique d'une ostéo-arthrite des vertèbres et que cette ostéo-arthrite est d'origine tuberculeuse. Il est certain que les articulations sont prises, car plusieurs vertèbres sont malades et les surfaces qui les unissent ont dû participer à la lésion, qu'il s'agisse d'un dépôt de tubercules ou de l'inflammation que ce dépôt entraîne. Je ne vous ai pas parlé des déviations rachitiques parce que jamais, dans ce cas, il n'y a cyphose, mais toujours scoliose, c'"est-à-dire déviation en forme d'S.

Je peux vous dire encore qu'il s'agit de la variété d'ostéo-arthrite de la colonne vertébrale à laquelle on a donné le nom de mal de Pott. Percival Pott, à la fin du siècle dernier, a eu le grand mérite de rattacher certains symptômes qui se développent du côté des membres inférieurs et des sphincters à une gibbosité que l'on observe en même temps; aussi a-t-on donné à la réunion de ces symptômes à la gibbosité le nom de mal de Pott; il ne faut pas entendre sous ce nom toutes les ostéo-arthrites de la colonne vertébrale, mais seulement celles qui sont accompagnées de troubles fonctionnels du côté des membres inférieurs et des sphincters. J'insiste sur cette petite distinction, car, habituellement, on ne la met pas assez en évidence.

Revenons quelques instants sur des particularités propres à la gibbosité. Il y a plusieurs corps vertébraux détruits par l'inflammation et surtout la tuberculose, et cependant il ne semble pas y avoir eu de suppuration. En explorant avec soin, on ne trouve nulle part rien qui permette de penser à l'existence d'un abcès. Dans le cas actuel, il s'agit d'une lésion de la colonne vertébrale développée très bas, qui entraîne, comme toutes celles analogues qui se produisent dans l'axe rachidien, la production d'abcès que l'on appelle des abcès par congestion; or, notre petit malade n'a certainement rien eu jusqu'à présent indiquant une suppuration profonde et aucune

---

tion qu'il vient d'avoir l'honneur de produire devant eux. Singulières étudiantes, l'une, penchée derrière M. de Thierry, a l'air de sortir de la brasserie à femmes la plus voisine, tandis qu'à droite une toute jeune fille se prépare à danser le menuet et commence à relever les coins de sa jupe. Par contre, les trois étudiants sont de bons jeunes gens, bien naïfs.

Encore un sujet qui veut être à scandale sans trop y réussir, les *Fascinés de la Charité*, par M. Moreau (de Tours). Hystérie, catalepsie, convulsions devant le miroir à alouettes; hommes, femmes, enfants, tout le monde est pincé, sauf M. Luys, son fils et ses élèves, vaguement indiqués à droite, sauf aussi le public qui commence sans doute à en avoir assez de l'exhibition des folles et de leurs contorsions. A quoi bon courir sur les traces de M. Brouillet qui, lui-même, a renoncé aux pompes de la Salpêtrière et nous dessine un joli petit tableau mondain ou plutôt quart-de-mondain: *Suzanne* sans aucune prétention à la chasteté, entre deux vieillards dont l'un ressemble beaucoup à l'un de nos plus charmants chroniqueurs. Je m'empresse de dire que tout le monde est habillé au dernier goût du jour et que les ombrages du Moulin-Rouge n'ont rien de mythologique.

La classique auscultation nous est offerte cette année par M. Lefebvre-Lourdet et a reçu le titre d'*Hérédité*, sans doute plus naturaliste aux yeux de l'auteur. Un vieux, très vieux, très vieux praticien appuie attentivement son oreille sur le dos d'une fillette; assise en face, la mère attend le verdict de l'homme de l'art. Tout est si classique dans ce tableau que l'on en devient classique soi-même. Les lunettes et le fauteuil du praticien sont véritablement parfaits.

tumeur ne permet de penser qu'il va se produire un abcès. Habituellement ces abcès viennent apparaître au pli de l'aine en passant par une des nombreuses ouvertures qui existent dans la région; d'autrefois, surtout pour les lésions qui siègent aussi bas que chez notre malade, dans la région lombaire, au lieu de venir vers l'aine en passant par la fosse iliaque, la collection purulente passe par la grande échancrure sciatique et vient alors faire saillie à la fesse; fréquemment, enfin, le pus pénètre dans la fosse ischio-rectale, et il est facile de reconnaître sa présence en explorant le pourtour de l'anus. Or, chez notre malade, aucune de ces régions ne présente rien qui permette de penser à l'existence du pus et on peut affirmer l'absence de tout abcès. Sans être ordinaire dans le mal de Pott, ce fait n'est cependant pas excessivement rare. Si vous vous rendez, en effet, au musée Dupuytren, il vous sera facile d'examiner des pièces qui vous montreront comment les choses se passent. Au moment où le tubercule se ramollit, la masse, qui offre une consistance que l'on a comparée à celle du mastic de vitrier, est rejetée par suite de l'affaissement des corps vertébraux vers la partie antérieure et forme ainsi une sorte de kyste appendu au devant de la colonne vertébrale. Alors ou bien il se forme un abcès par congestion qui vient apparaître à un des points que nous avons indiqués plus haut, ou bien le contenu du kyste se rétracte par résorption, et l'amas tuberculeux diminue peu à peu de volume en même temps qu'il subit une modification régressive qui aboutit à la transformation graisseuse. Il est très probable que, chez notre malade, les choses ont dû se passer de la sorte.

Dans le mal de Pott, il y a au bout de quelque temps une véritable réparation que l'on a comparée à celle qui se produit dans les fractures. Il se développe une ostéite entraînant la production d'un dépôt osseux qui englobe la masse altérée et forme un véritable cal. Même, lorsque cette période dite de réparation est entièrement établie, il y a parfois de véritables retours offensifs de la maladie, consistant surtout en phénomènes douloureux dus à des poussées inflammatoires d'ostéite et causés par des fatigues ou des traumatismes divers, tels que les coups ou les chutes.

Quand j'aurai cité la *Vaccination gratuite à Paris*, par M. Scalbert, un assez joli tableau, bien composé et bien vivant, j'en aurai à peu près fini avec le salon médical des Champs-Elysées, portraits mis à part.

Par contre, les portraits sont nombreux. A citer en tête celui de M. Landouzy, par M. Aviat, costume d'agrégé, décorations diverses, air aimable comme toujours. Mentionnons ensuite ceux de MM. les docteurs Foveau de Courmelles, par Mathey; De Courtys, par Mlle Conty; Daniel Parenteau, par Schultz; G. Marchand, par Detour; j'en passe et des meilleurs. Aux miniatures, Mlle Leisse nous a donné le portrait du docteur Nachtigall, fort ressemblant, et Mme Chéron celui de deux charmantes fillettes que notre rédacteur en chef nous permettra d'appeler pour une fois Jeanne et Germaine.

A la grande famille médicale se rattachent Mme Laure Brouardel, qui a envoyé un joli portrait de jeune fille, et Mlle Klumpke, dont nous avons déjà en plusieurs fois le plaisir d'apprécier l'habile crayon mis au service de sa famille et qui expose le portrait de Mlle D. K...

Les fervents de la forme sont peu nombreux et les études de nu généralement peu attrayantes. Grande exception à faire pour la *Figure nue* de M. Doucet. Une jeune femme, couchée, la tête dans ses mains et appuyée sur un oreiller, rêve languissamment. A quoi rêve-t-elle? Probablement à celui qui a mis son lit dans un désordre si provoquant et qui l'a laissée si abattue. Un heureux homme, du reste, que ce quelqu'un, car le corps de la jeune femme, avec sa tête fine, sa gorge rebondie et ses hanches puissantes, est digne des suffrages de l'excellent Armand Sylvestre.

Il nous faut étudier maintenant les troubles que présentent les individus atteints du mal de Pott. Il s'agit, en général, d'une paraplégie plus ou moins complète qui s'étend aux deux membres inférieurs. Il est facile de comprendre la cause de ce phénomène. Le canal rachidien est naturellement dévié à la suite de l'effondrement des vertèbres; son contenu, c'est-à-dire la moelle, est tiraillé et le plus souvent comprimé soit par des fragments osseux déplacés, soit, plus souvent, à la suite du développement d'une méningite; les dépôts plastiques dont cette dernière détermine la production entourent et compriment la moelle et les nerfs qui en sortent à leur point d'origine. Dans certains cas, enfin, les troubles nerveux tiennent à l'existence d'une véritable myélite.

Recherchons donc les troubles de ce genre que présente notre malade. Il souffre, et je dois vous dire à ce propos qu'il y a deux genres de douleurs dans le mal de Pott : des douleurs en ceinture et des irradiations dans les membres inférieurs. Les premières occupent le trajet des intercostaux ou des rameaux nerveux naissant de la colonne lombaire, et notre malade les présente à un degré assez accentué. Il souffre aussi dans l'un de ses membres inférieurs, le gauche, et dans la partie antérieure de ce membre, ce qui indique que la douleur dépend de l'irritation du nerf crural. Le membre droit n'est le siège d'aucune souffrance.

La fatigue musculaire est nulle du côté droit et elle est bien marquée à gauche; dès que le malade marche un peu longtemps, il boite. Il est encore facile de constater qu'il y a une différence notable entre le volume des deux membres et que ce volume est beaucoup plus considérable à droite qu'à gauche. La différence en faveur du membre droit est de 2 centimètres. Il s'est donc produit de l'atrophie musculaire.

Enfin, si l'on recherche les réactions électriques, on constate encore une grande différence entre les deux membres inférieurs.

De cet ensemble de symptômes, on peut conclure que nous nous trouvons en présence d'un cas un peu particulier, puisqu'il semble qu'une moitié de la moelle seule soit frappée, et cela dans une très petite étendue

---

Elle est nue aussi la pauvre *Lady Godiva*, que nous montre M. Lefebvre, mais sa nudité n'a rien de troublant, loin de là; c'est une pauvre femme qui a très froid, voilà tout. Je renvoie ceux que la légende intéresse à la lecture du Livret. Il nous faut encore citer la *Nymphe des Bois* de M. Courtat, académie correcte, qui au moins ne viole pas comme bien d'autres les lois de l'anatomie.

La peinture d'histoire est délaissée aux Champs-Élysées. Certains de ses adeptes ont tenté cependant d'assez jolies restitutions. M. Rochegrosse expose un *Combat de cailles* que regardent de jeunes Romaines, jeunes filles et enfants. Les figures, fines et expressives, sont fort jolies, et on retrouve là la couleur charmante habituelle dans les tableaux de ce peintre de talent. Les mêmes qualités se retrouvent dans la *Nouvelle arrivée au Harem* du même auteur. C'est une scène très curieuse où l'on remarque un grand souci du détail; ce dernier ne fait cependant pas perdre de vue les femmes qui entourent une captive blonde et s'étonnent de son teint et de la couleur de ses cheveux.

Le tableau de M. Checa, représentant une *Course de chars à Rome*, est aussi plutôt de l'anecdote que de l'histoire. Mais il est difficile de refuser à l'auteur un grand sens de la composition et surtout l'art de représenter le mouvement. En face du spectateur, un char lancé à toute vitesse se précipite vers le but; à droite, un autre est renversé et vole en éclats en même temps que les chevaux s'abattent et foulent aux pieds leur conducteur. Sur les gradins de l'amphithéâtre, la foule suit, anxieuse, les péripéties de la lutte. Cela nous sort tout à fait de la banalité des peintures classiques, et quand

seulement; il résulte de la petitesse de la lésion que les troubles du côté des sphincters se réduisent à leur minimum. L'émission de l'urine se fait un peu plus lentement que d'habitude, mais, en somme, c'est là un phénomène très peu marqué. L'âge du malade ne nous a pas permis de l'interroger sur l'état de ses fonctions génitales.

J'appellerai encore votre attention, Messieurs, sur la difformité considérable que présente le thorax de notre malade, déformation qui se lie naturellement aux troubles du côté de la colonne vertébrale. En même temps, dans la cyphose, il s'est produit une altération dans la forme du bassin qui peut avoir une grande importance chez la femme, et cette importance est tellement grande que l'on a donné au bassin ainsi déformé le nom de bassin cyphotique; nous n'avons pas à insister sur ce point, vu le sexe de notre malade.

En résumé, il s'agit, dans le cas actuel, d'ostéo-arthrite de la colonne lombaire ayant entraîné des lésions de la moelle, des méninges et des nerfs, causes elles-mêmes de douleurs et d'atrophie musculaire du côté du membre inférieur gauche.

J'ai dit que la lésion était d'origine tuberculeuse; cela est très probable, bien que je ne puisse en donner une démonstration directe; l'enfant est né de parents chétifs, bien que vivant encore actuellement. Il ne présente pas lui-même de manifestation tuberculeuse bien nette, bien que l'auscultation du sommet gauche permette d'entendre un souffle rude et une expiration assez prolongée. En réalité, la seule raison qui nous permette d'affirmer l'existence de la tuberculose est, comme je vous l'ai dit, l'apparence même sous laquelle se présente la lésion.

Le pronostic du mal de Pott est toujours grave; localement, il y a toujours à craindre, même lorsque la période de réparation est arrivée, qu'il ne se produise un retour offensif, la rechute étant due soit à un nouveau dépôt de tubercules, soit à un réveil de l'arthrite entraînant une nouvelle poussée inflammatoire. Ce retour offensif peut se produire après de nombreuses années. De plus, la maladie a le pronostic de toutes les tubercu-

---

M. Checa sera un peu plus sûr de son anatomie, il nous donnera certainement de fort belles toiles, car, chose rare, il ne peint pas gris.

Que dire du tableau de M. Benjamin Constant : la *Sonate au Clair de Lune*. Tout le monde sait que M. Benjamin Constant a beaucoup de talent, qu'il fait de très jolies scènes d'Orient et qu'il a surtout le don de la couleur; alors pourquoi peindre du gris-sur noir? Pour faire étrange, peut-être. En tout cas, il n'y a réussi qu'en sacrifiant ses qualités les plus précieuses.

Que d'effets cherchés ! Cela en fait presque aimer la composition et le dessin impeccable des *Petites mendiantes* de M. Bouguereau. Quel malheur de si bien dessiner, d'être si sûr de soi et d'avoir si peu le sens du moderne, de peindre si froidement ! Il est vrai que, dans le cas contraire, M. Bouguereau serait le premier peintre de ce temps.

P. Norech.

Lavement contre les oxyures vermiculaires. — Chéron.

Huile de foie de morue..................	40 grammes.
Jaune d'œuf..............................	N° 1.
Eau......................................	125 grammes.

F. s. a. un lavement émulsionné, recommandé contre l'oxyure vermiculaire. En cas d'échec, on administre un lavement avec de l'huile de foie de morue en nature. — N. G.

loses localès, quel que soit leur siège. Tout malade, en effet, qui présente une de ces tuberculoses est exposé à des manifestations de même nature du côté des viscères. S'il s'agit d'une ostéite tuberculeuse, il y a particulièrement à craindre le développement d'une méningite, et cette complication est possible même quand la lésion locale paraît guérie. J'ai eu souvent occasion, en ville, de voir des faits de ce genre. La méningite n'est pas à redouter pendant toute la vie, et notre malade a précisément atteint l'âge où des accidents de ce genre sont moins à craindre; par contre, on doit redouter le développement de la tuberculose pulmonaire, qui, à partir de 20 ans, est la complication la plus fréquente. Le pronostic est donc grave non seulement par suite de la lésion locale, mais par suite de la possibilité toujours existante d'une généralisation soit du côté des méninges, soit du côté des poumons; c'est à cette dernière éventualité que notre malade est exposé. Je m'empresse de dire que l'on ne peut jamais affirmer que, dans des cas semblables, la tuberculose pulmonaire apparaîtra, mais il faut toujours penser à la possibilité de son développement.

Je n'ai pas besoin d'insister, Messieurs, sur l'importance considérable du traitement général dans le mal de Pott. Vous savez tous qu'il est nécessaire de recourir, dans cette maladie, aux modificateurs hygiéniques tels que le séjour à la campagne et la bonne nourriture et à la médication tonique. Localement, il nous faut combattre à la fois la lésion osseuse et celle de la moelle et de ses enveloppes. Les révulsifs ont été préconisés; il est bien rare de pouvoir leur attribuer réellement une action utile et, chez l'enfant que nous avons à soigner, nous sommes à peu près autorisés à la laisser de côté. Dans la grande majorité des cas, on remplit une indication bien plus importante en immobilisant la colonne vertébrale; cette indication a une telle valeur que, à la période d'acuité du mal, il faut avant tout obtenir le repos complet au lit et que le malade doit rester constamment dans la position horizontale. Ce résultat est, du reste, facilement obtenu à l'aide de divers appareils dont le plus connu est la gouttière de Bonnet.

Lorsque le processus aigu semble terminé, on pourra permettre au malade de se mouvoir, de profiter de l'avantage qui peut résulter pour sa nutrition d'un exercice modéré. Mais alors il faudra soutenir la partie de la colonne qui se trouve au-dessus de la gibbosité par un appareil orthopédique, un corset. Ce corset prendra son point d'appui sur le bassin et soulèvera les épaules, afin de porter pour ainsi dire les portions supérieures du corps; c'est alors qu'on permettra au malade de se promener et de mener un genre de vie plus actif.

Jusqu'en ces derniers temps, le traitement du mal de Pott se bornait à l'application d'un corset plus ou moins parfait et il semblait que l'on remplît alors toutes les indications; mais, il y a quelques années, Sayre (de New-York) vint en Europe pour vulgariser un nouveau système de traitement applicable à la période de réparation. La méthode de Sayre a d'abord pour but de soulager la moelle et ses enveloppes des tiraillements et de la compression dus à la cyphose. Cette indication bien remplie est suivie d'une grande amélioration et j'ai vu des malades à peu près paraplégiques, marcher presque correctement après le traitement. Pour arriver à ce résultat, il ne s'agit pas de faire disparaître la gibbosité, cela est impossible et Sayre ne l'a jamais cherché; mais il faut combattre la contracture musculaire qui existe dans les ostéo-arthrites vertébrales comme dans les autres lésions du même genre. On y arrive par la suspension, qui

fait disparaître ou diminue cette contracture. Le malade est suspendu à l'aide d'un haut trépied ou d'une échelle double, et les points d'application sont, d'une part, les aisselles et, d'autre part, le menton et l'occiput à l'aide d'un double collier. Le patient est élevé à l'aide de moufles et on le laisse ainsi quelque temps sans qu'il doive souffrir; s'il se plaignait, on le descend un peu jusqu'à ce que la pointe des pieds s'appuie sur la terre. Le malade étant ainsi suspendu, on immobilise la colonne vertébrale et le thorax dans un corset plâtré. Avant d'appliquer le corset, on met sur la peau un gilet de flanelle fin et ajusté pour éviter le contact du plâtre. Les pièces qui forment le corset sont des attelles en zinc poinçonné et des bandes longues de 5 à 6 mètres que l'on imprègne de plâtre sec et fin, et que l'on dispose de façon à pouvoir les plonger dans une terrine remplie d'eau. L'application du corset, lorsqu'elle est bien faite, peut rendre et a rendu de signalés services, et je ne crains pas de recommander l'usage de la méthode de Sayre.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire abrégé des sciences médicales, par le docteur L. Thomas. Paris, Lecrosnier, 1889.

L'auteur s'est surtout proposé de faire un lexique pratique et portatif qui puisse servir aussi bien aux médecins et aux étudiants qu'aux gens du monde. Il a parfaitement rempli sa tâche. Les médecins trouveront dans ce dictionnaire les indications nécessaires pour reprendre rapidement connaissance d'une notion d'anatomie ou de physiologie oubliée; de plus, les doses des médicaments y étant indiquées, le praticien y puisera les renseignements dont on a si souvent besoin dans le cours de la pratique. Les gens du monde qui lisent les comptes rendus des Sociétés savantes que publient maintenant tous les journaux chercheront avec fruit dans le livre de M. Thomas l'explication de termes dont le véritable sens leur échappe souvent. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. Langlois sur la grippe au 2e régiment de tirailleurs;

2° Les maladies régnantes au 19e régiment d'artillerie, à Nîmes, en 1887-1888.

MM. Lannelongue (Bordeaux) et Pamard (Avignon) sont élus correspondants nationaux.

— M. Thévard communique une observation de *rupture utérine*. La parturiente était atteinte d'un rétrécissement d'origine rachitique. Lorsque M. Thévard fut appelé auprès d'elle, son état général était très mauvais et l'accouchement était arrêté. Au palper, on trouvait facilement le fœtus, mais la tête n'était pas possible à constater au détroit supérieur. La version fut faite le lendemain. Le fœtus était dans le péritoine et fut très difficile à amener au dehors, la tête resta. Elle fut enlevée par la laparotomie et on constata que l'utérus était complètement détaché du vagin. On essaya de le remettre en place en entourant le péritoine à l'aide de fils simplement trempés dans de l'eau-de-vie. Aucun lavage ne fut fait et la plaie abdominale ne fut réunie que par du diachylon.

Quelques heures plus tard seulement, on put faire des lavages et un pansement antiseptique. La malade guérit.

— M. Heckel envoie une note de M. Duhamel, président de la section de l'Isère du Club alpin, relativement à la caféine et à la kola. M. Duhamel ne croit pas que les effets de la kola soient dus à la caféine.

M. Laborde étudie les *causes et le mécanisme des accidents dus au chloroforme*. L'action du chloroforme se produit suivant deux modes différents : ou il s'agit de l'action irritative des vapeurs ou de leur absorption. L'inhalation des vapeurs produit un réflexe d'arrêt qui atteint le bulbe par les nerfs nasal et laryngé supérieur et se réfléchit sur les fibres cardiaques du pneumogastrique et les nerfs moteurs respiratoires. De là syncope cardiaque et respiratoire. La première se produit dès le début de la chloroformisation et est le plus souvent irrémédiable ; la syncope respiratoire est beaucoup moins dangereuse. La saturation de l'organisme par le toxique entre en jeu plus tard; le poison frappe d'extinction fonctionnelle la portion bulbaire du myélaxe ; la respiration s'arrête d'abord et le cœur ensuite.

Quelquefois la mort se produit et semble imminente quand l'opérateur fait sa première incision sur le sujet anesthésié. Il s'agit alors d'un phénomène d'arrêt causé par l'irritation centripète et se réfléchissant sur les centres moteurs cardiaques et respiratoires. L'expérimentation permet de réaliser les différents mécanismes de la mort par le chloroforme. Il est donc absolument légitime de s'appuyer sur elle dans ce genre d'études.

— M. Michaux fait une communication sur le *traitement des fistules biliaires rebelles par la cholécystotomie*. Il a, au Congrès de chirurgie de 1889, communiqué la première observation d'extirpation de la vésicule biliaire faite en France. Depuis, il a fait une deuxième fois cette opération sur un malade de 26 ans porteur d'une fistule qui ne laissait échapper que du liquide muco-purulent; le cholédoque était perméable. L'extirpation permit de constater que la vésicule renfermait trois calculs; le pédicule fut rentré dans la cavité abdominale, pratique que recommande M. Michaux. Il conseille aussi de faire l'incision sur le bord externe du muscle droit, d'exciser séparément le trajet fistuleux et de ne lier le pédicule qu'avec un fil de soie serré modérément afin de ne pas s'exposer à sectionner les parois de la vésicule. L'opération, dont la mortalité ne dépasse pas, aujourd'hui, 5,6 p. 100, est indiquée dans les fistules biliaires rebelles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Du traitement de la pleurésie purulente.*

M. Bucquoy : Le traitement de la pleurésie purulente comporte une question doctrinale et une question pratique. La bactériologie a permis à M. Netter de diviser les pleurésies purulentes en quatre espèces, d'après les micro-organismes qui leur donnent naissance. M. Bucquoy, se plaçant simplement au point de vue pratique, insiste sur l'antisepsie du traitement de la pleurésie purulente. M. Immermann, au dernier Congrès de Vienne, a établi que l'opération de l'empyème, qui donnait autrefois une mortalité de 80 p. 100, ne cause plus aujourd'hui que 20 p. 100 de décès. La guérison est à la fois plus complète et plus rapide. Il y a quelques années encore, on n'avait recours à l'empyème qu'après de nombreuses ponctions. On avait des suppurations prolongées, des fistules interminables. Aussi les chirurgiens ont-ils proposé des opérations graves, des résections costales qui aujourd'hui deviennent inutiles, grâce aux bons résultats qu'a donnés la simple pleurotomie.

Hache a fait connaître, en 1883, les procédés étrangers et les précautions antiseptiques que l'on doit prendre dans l'opération de l'empyème. On peut ainsi formuler les principes des auteurs allemands Wagner, Kœnig et Kocher : 1° Opération et pansement

antiseptiques; 2° incision dès que l'empyème est reconnu, et faite largement pour permettre un écoulement facile du pus; 3° un seul lavage de la plèvre et drainage. Dans les 17 cas rapportés par Hache, la guérison avait été obtenue en trente-huit jours chez les adultes et en trente-trois jours chez les enfants. M. Debove, le premier en France, a rapporté devant la Société un cas de guérison rapide de pleurésie purulente à la suite de l'empyème; il avait suivi les préceptes précédents : intervention rapide, antisepsie rigoureuse, un seul lavage.

M. Bucquoy vient aujourd'hui communiquer quatre observations de pleurésies purulentes traitées avec une antisepsie rigoureuse, mais sans lavages, et qui ont guéri aussi vite. Le premier malade, vu avec M. Ferrand, eut une pleurésie purulente après une pneumonie. Le pus s'étant reproduit après une première ponction, la thoracotomie fut pratiquée le 4 février 1888, avec toutes les précautions antiseptiques, sous le spray, mais sans lavage. Vers la fin du mois de mars, la guérison était complète. Le deuxième malade, un jeune collégien soigné avec M. Gouraud, eut également une pneumonie, puis une pleurésie purulente; la température était très élevée et la courbe thermométrique présentait de grandes oscillations qui faisaient redouter la tuberculose. Le 10 mai, le malade asphyxiait. La thoracotomie fut immédiatement décidée et pratiquée par M. Brun. Pas de lavage; drain et pansement antiseptique. Le 27 mai, le drain était rejeté de la plaie; le 4 juin, celle-ci était complètement cicatrisée.

Le troisième malade avait une pleurésie purulente chronique. La ponction donna un liquide qui, examiné par M. Netter, fut trouvé sans micro-organismes, il contenait des globules de pus vieux et flétris. Après une deuxième ponction, on put assister à la formation d'un léger pneumothorax : l'aspiration, en effet, faisait dégager du liquide purulent quelques bulles de gaz qui se réunissaient à la partie supérieure, ce qui démontrait que le poumon ne revenait pas sur lui-même et ne pouvait se déplisser. L'empyème fut alors pratiqué sans lavage. Six semaines après, le drain était chassé de la plaie, et bientôt après la guérison était complète.

Enfin, le quatrième malade fut pris, dans le cours de la dernière épidémie, d'une grippe légère avec éruption scarlatiniforme intense. En même temps commençait une pleurésie droite à marche très rapide qui, en trois jours, nécessitait une ponction; trois jours après, le liquide s'était reproduit avec une telle abondance qu'une nouvelle ponction fut faite d'urgence. Le pus, examiné par M. Netter, contenait des streptocoques et des staphylocoques. Le 6 février, on fit la thoracotomie, qui permit de retirer quatre ou cinq litres de liquide; pas de lavage; un drain et pansement antiseptique. Les suites furent moins favorables que dans les cas précédents; le malade eut de la diphthérie de la plaie, une otite suppurée, de la diarrhée, du muguet; l'état général était mauvais. Cependant, vingt jours après l'opération, l'amélioration était notable. A ce moment, une rétention, puis une grande débâcle de pus se produisit; la guérison fut néanmoins assez rapide.

Dans ces quatre cas, la guérison a été obtenue en un mois environ, grâce à une antisepsie rigoureuse, mais sans lavage.

Dans la pratique ordinaire, on a recours au lavage dans le but de désinfecter l'abcès pleural. M. Bucquoy pense qu'il agit surtout en faisant une détersion mécanique; l'action microbicide est peu probable, car il n'est pas possible de détruire tous les micro-organismes qui infiltrent les fausses membranes. Un lavage mécanique à l'eau bouillie rendrait donc les mêmes services qu'un lavage antiseptique. Or, les quatre faits rapportés plus haut démontrent que ce lavage n'est pas nécessaire.

La guérison a été obtenue rapidement par accolement des deux feuillets de la plèvre; c'est une véritable réunion par première intention. D'un autre côté, les lavages, et surtout les lavages répétés, ont de graves inconvénients : ils refoulent le poumon, décollent des adhérences molles, friables qui étaient destinées à faire la réunion des deux feuillets de la plèvre, et peuvent en outre entraîner tous les autres inconvénients, rappelés ici récemment : intoxications, syncopes, accès épileptiformes, etc.

Les préceptes à formuler sont donc : opérer rapidement pour empêcher le poumon de s'entourer d'une coque fibreuse. Faire une antisepsie rigoureuse, introduire un drain volumineux. S'abstenir de tout lavage.

M. Netter : Les lavages ne sont pas inutiles. Leur rôle microbicide est certain, à condition d'employer un antiseptique énergique et en grandes quantités, afin qu'il soit mis en contact avec toutes les parties de la poche purulente.

Si l'on analyse les faits rapportées par M. Bucquoy, on voit que, dans les deux premiers, il s'agit de pleurésies métapneumoniques, de pleurésies à pneumocoques, c'est-à-dire guérissant facilement, même sans lavages.

La troisième observation de M. Bucquoy est très intéressante. M. Netter, ayant examiné le liquide de cette pleurésie et n'ayant pas trouvé de microbes, avait pensé qu'il s'agissait d'une pleurésie tuberculeuse. Le malade a guéri; c'était peut-être un cas analogue à ceux que Sainton a décrits dans sa thèse « sur une variété bénigne de pleurésies purulentes » et que Gueneau de Mussy avait autrefois signalés.

Enfin, chez le quatrième malade de M. Bucquoy, le liquide contenait des streptocoques; c'est M. Netter lui-même qui a constaté leur présence. Or, il y a eu guérison mais cette guérison a été moins rapide que dans les autres cas; il y a eu rétention de pus, puis débâcle, puis d'autres accidents, otite, diarrhée, mauvais état général. On aurait évité tout cela avec un lavage. Certainement une pleurésie à streptocoque peut guérir facilement; M. Netter en a cité lui-même des cas. Mais comme elles peuvent aussi être très graves, il est plus prudent de faire suivre la thoracotomie d'un grand lavage antiseptique.

M. Laveran se rallie à l'opinion de M. Netter. A quoi bon faire l'antisepsie que recommande M. Bucquoy, puisque la masse purulente, dont on laisse toujours quelque chose dans la plèvre, est remplie de microbes? Un lavage antiseptique est donc nécessaire; par contre, les lavages multiples sont nuisibles. M. Bouveret a fait une statistique des pleurésies traitées : par un lavage, par plusieurs lavages, sans lavages; celles qui ont été traitées par un seul lavage guérissent le plus rapidement.

M. Comby : Les deux premiers cas de M. Bucquoy ont trait à des pleurésies à pneumocoques; or les ponctions simples n'ont pu dans ces deux cas amener la guérison. Il ne faut donc pas poser en règle générale, ainsi que l'a fait M. Netter, que les pleurésies à pneumocoques sont absolument bénignes. Il faut donc avoir recours à la thoracotomie. D'un autre côté, M. Bucquoy s'est montré trop sévère pour les lavages et surtout les lavages multiples. Ceux-ci ne sont pas aussi nuisibles qu'on le dit; quand la température s'élève trop, un lavage est nécessaire; M. Comby a guéri assez rapidement des pleurésies purulentes après sept, huit et même quinze et vingt lavages.

M. Netter : Je n'ai jamais dit que la pleurésie à pneumocoques guérit toujours par la simple ponction. Cela est possible, fréquent même, mais la thoracotomie est quelquefois nécessaire, surtout dans les cas de pleurésies cloisonnées ou lorsque l'épanchement se reproduit rapidement. Dans tous les cas, on n'y aura recours qu'après une première ponction.

M. Juhel-Rénoy : Les lavages, proscrits par M. Bucquoy, sont cependant très efficaces; leur action n'est point mécanique, mais véritablement antiseptique. Dans un cas de pleurésie purulente à streptocoques la guérison a même été obtenue par simples ponctions suivies d'injections antiseptiques. On peut même se demander si dans bien des cas la thoracotomie n'est pas inutile.

M. Bucquoy : On prétend que le lavage n'agit pas mécaniquement, mais antiseptiquement. Or M. Netter a dit lui-même que dans les pleurésies à streptocoques ces micro-organismes infiltrent les parois; un seul lavage ne les détruirait donc pas; logiquement il faudrait recourir aux lavages répétés, dont personne n'est partisan, sauf M. Comby.

M. Desnos : La fièvre n'est pas toujours une indication ; les propriétés antipyrétiques des lavages ne sont pas démontrées, puisque dans un cas des injections de sublimé produisaient au contraire chaque fois des accès fébriles qui disparurent quand on eut cessé de suivre cette méthode.

M. Chantemesse : Après la thoracotomie, un grand lavage antiseptique est nécessaire et n'est pas dangereux. Ne pas le faire, c'est laisser perdre une occasion unique d'intervenir dans des conditions aussi favorables.

M. CADET DE GASSICOURT est partisan du lavage immédiat. Quant aux lavages répétés, ils peuvent avoir leurs indications quand la température remonte, quand le liquide se reproduit; il ne faut donc pas les proscrire systématiquement.

M. BUCQUOY : Les lavages répétés peuvent, en effet, devenir nécessaires quand on a affaire à des pleurésies purulentes dues aux organismes saprogènes. Quant à l'occasion unique dont parle M. Chantemesse, elle ne sert qu'à faire refouler par le liquide injecté le poumon qui se déplisse à ce moment. Et puis, encore une fois, les microbes ne sont pas tous détruits par un lavage antiseptique, ils repulluleront avec rapidité.

M. CHANTEMESSE : Les chirurgiens lavent avec une substance antiseptique l'abcès chaud qu'ils ont ouvert. Si on ne détruit pas tous les microbes, on en enlève du moins la plus grande partie; le nombre de ces microbes n'est pas du tout indifférent ; une fois débarrassé de la quantité énorme de micro-organismes que contient le liquide purulent, l'organisme est dans des conditions infiniment plus favorables pour lutter contre ce qui reste. Le lavage de la plèvre doit être fait avec une grande quantité de liquide antiseptique. Si on s'est servi de sublimé, on peut le faire suivre d'une grande injection d'eau bouillie, ainsi que le recommande M. Netter, ou d'eau bouillie et salée pour dissoudre et entrainer ce qui reste de sublimé dans la plèvre. Les accidents d'intoxication ne seront pas à craindre après de telles précautions.

M. NETTER : Les accidents que redoute M. Bucquoy, refoulement du poumon, hémorrhagie, syncopes, etc., ne se produiront pas si on injecte le liquide doucement et sans pression. Quant à la cicatrisation, elle se fait bien plus facilement une fois qu'on a enlevé par le lavage des fausses membranes incapables de s'organiser. On n'aura recours aux lavages ultérieurs que s'ils sont absolument nécessaires.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boites EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

HÔPITAL LOURCINE-PASCAL (111, rue de Lourcine). — *Conférences cliniques de gynécologie.* — M. le docteur S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, commencera ses conférences cliniques le lundi 16 juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera le lundi et le vendredi à la même heure. — Opérations le mercredi.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 14 juin 1890. — *Ordre du jour* : 1. M. Trousseau : Débuts oculaires de la goutte et du rhumatisme. — 2. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Qui l'emportera de la kola ou de la caféine? Les paris ne sont pas ouverts, mais ils pourraient l'être. S'ils ne le sont pas encore, la faute en est à M. le professeur Sée, qui n'a pas relevé le défi que lui a porté M. Dujardin-Beaumetz, parlant au nom de M. Duhamel, président de la section de l'Isère du Club alpin. L'idée est au moins originale. M. Sée ou M. Lapicque désignera un alpiniste qui devra, avec M. Duhamel, faire l'ascension du mont Blanc, en partant à dix heures du soir de Chamounix pour y revenir le lendemain. Chacun des ascensionnistes s'engagera sur l'honneur à ne faire usage d'aucun autre aliment que le café, pour l'alpiniste désigné par M. Sée, et que les biscuits à la kola pour M. Duhamel. On pourra juger la valeur comparative du café ou des préparations de kola par des tracés pris sur les deux alpinistes et montrant pour chacun d'eux l'effort musculaire exécuté et les pertes subies.

Si l'expérience a lieu, que MM. les concurrents me permettent de leur signaler un thermomètre construit spécialement par MM. Richard frères pour enregistrer les variations de la température du corps pendant les ascensions. A l'aide de dispositions ingénieuses, la température prise dans

FEUILLETON

CAUSERIE

Le monde est aux dentistes, comme chacun sait. Ils ont la plus magnifique clientèl qui existe, car ils ont trente-deux fois plus de clients que les médecins; les oculistes n'ont à soigner que les deux yeux de chaque personne, les auristes que les deux oreilles, les laryngologistes que le larynx, qui, à la vérité, a deux cordes vocales, mais les dentistes ont dans chaque bouche trente-deux dents, ou à peu près. Il n'y a guère que les gynécologistes avec l'utérus et sa gaîne (vagina), son col et son corps, les deux trompes, les deux ovaires, les deux ligaments larges, etc., etc., — qui en approchent. Mais restons-en aux dentistes.

Ces messieurs font tous fortune; en Amérique, en Angleterre, et France, je ne sache pas qu'on ait vu un dentiste faire faillite; mais c'est en Turquie que la fortune les a, jusqu'ici, le plus favorisés.

Le docteur Pardo raconte à ce sujet qu'un nommé Tchélébi Abraham Bivaz dentiste par la grâce de son davier, mais ayant acquis une grande renommée comme arracheur de dents, eut un jour l'heureuse chance d'être appelé au palais du sultan Mahmoud pour extraire une dent cariée de l'auguste bouche.

le rectum s'inscrit sur un cadran situé dans une boîte que l'alpiniste porte sur le dos. Il paraît que ce n'est pas très gênant.

M. Laborde a émis, au sujet des causes et du mécanisme des accidents chloroformiques, des opinions qui, basées sur l'expérimentation, nous paraissent absolument d'accord avec ce que nous enseigne la clinique. Mais cela permettra-t-il d'éviter à l'avenir ces accidents ou d'y remédier plus facilement que par le passé? C'est ce que M. Laborde se réserve de nous apprendre dans une prochaine communication.

L'intéressante observation de M. Thévard nous montre ce que peuvent faire les médecins de campagne dans des cas désespérés, à condition d'avoir beaucoup de hardiesse et d'initiative. Le résultat qu'il a obtenu, et sur lequel nous appelons l'attention de nos confrères de province, doit encourager ceux-ci à ne pas hésiter à intervenir dans les cas graves, qu'il s'agisse de chirurgie ou d'obstétrique, alors même qu'ils n'ont pas à leur portée les éléments nécessaires pour pratiquer l'antisepsie. Toutefois, il s'agit là d'un cas exceptionnel qu'il ne faudrait pas non plus prendre comme règle de conduite, ni comme base pour rejeter les précautions listériennes.

Action du groupe parlementaire des médecins sénateurs et députés sur les réformes à exécuter dans l'enseignement et la pratique de la médecine.

Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de cette question, et si nous y revenons, c'est qu'elle vient de faire, à notre avis, un grand pas.

Si les nombreuses tentatives faites depuis cinquante ans et plus pour combler les lacunes qui sont restées dans la loi de l'an XI n'ont jamais abouti, c'est assurément parce qu'il n'y a pas eu assez d'entente parmi ceux qui s'étaient chargés de réclamer ces réformes et d'en poursuivre la réalisation.

La législature actuelle paraît des mieux disposées en faveur de ces

---

Il ne se l'est pas laissé dire deux fois, mais s'y est rendu de suite. Là on lui a fait endosser le costume de rigueur pour tous ceux qui devaient être admis en présence du souverain, comme c'était d'usage alors, même pour les ambassadeurs, qu'à cette occasion on recouvrait d'une magnifique fourrure qui leur restait.

On l'introduisit donc devant le puissant monarque, qui souffrait beaucoup en ce moment là, et dans un clin d'œil il lui fit sauter la dent, tellement il était habile.

Le mal aux dents est terrible, c'est vrai, ce qui a fait dire au cynique Henry Heine que c'est plus fort que le plus grand remords. Pour l'affirmer ainsi, il faut bien qu'il ait ressenti les deux.

Le formidable destructeur des janissaires, l'imitateur de Pierre le Grand, l'a donc éprouvée, cette grande douleur. Mais la douleur qu'on éprouve au moment de l'avulsion est encore plus terrible. Elle ne dure qu'un instant, c'est vrai, mais si elle durait davantage, on ne résisterait pas ou on deviendrait fou, car c'est comme si on vous arrachait l'âme.

J'ai connu une femme coquette, à laquelle j'ai donné des soins, qui a eu le courage de se faire arracher treize dents coup sur coup pour se faire un râtelier; elle est devenue folle et en est morte. Comme vous voyez, le résultat est pire que pour la fièvre typhoïde; quand on l'a, on en meurt ou on reste fou, suivant une expression célèbre; ici, on en devient fou et on meurt après.

Il est vrai qu'une autre que j'ai aussi connue, très belle personne, mais avec de vilaines dents, qui a fait à peu près la même chose, a fini par trouver un mari qui en

réformes. Réussira-t-elle mieux que les précédentes? Nous avons tout lieu de l'espérer.

En effet, le dernier projet de loi présenté à la Chambre par notre confrère le docteur Th. David, député des Alpes-Maritimes, paraît concilier les principaux projets analogues déposés par M. Chevandier (de la Drôme) et E. Lockroy. Il s'écarte peu de celui qui a été rédigé pour le gouvernement par le comité consultatif d'hygiène publique de la France. Il a donc de grandes chances d'être adopté, sauf corrections sur des points de détail.

Ce qu'il faut maintenant, c'est réunir les médecins sénateurs et députés, c'est-à-dire les personnes capables de défendre nos intérêts devant les Chambres, d'une manière assez intime pour que l'entente commune et la persévérance nécessaire à la réalisation des projets de loi actuels ne fassent pas défaut au moment décisif.

C'est dans ce but que M. le docteur David a eu l'idée de fonder le groupe des médecins au Parlement. Cette idée a été approuvée par ses collègues, qui lui ont envoyé avec empressement et en grand nombre leur adhésion.

La première réunion, est-il besoin de le dire, aura lieu dans un banquet ; ce n'est pas d'aujourd'hui que nous savons qu'il faut manger ensemble un peu de sel pour se mieux connaître. D'ailleurs, le prix modeste de chaque couvert (12 francs, au Lion d'Or) nous permet d'affirmer à l'avance qu'on s'occupera d'affaires sérieuses *inter pocula*, et que le banquet n'est que le prétexte et non la cause principale de la réunion.

Nous ne pouvons donc que féliciter M. le docteur David de son heureuse idée, et nos confrères des deux Chambres de l'avoir adoptée. Espérons que le nouveau *groupe parlementaire médical*, plus heureux que ses aînés, restera uni jusqu'à la fin de la législature et parviendra à faire aboutir le projet de loi de son promoteur, ainsi que les réformes tant désirées par le corps médical tout entier. — L.-H. PETIT.

Nous donnons pour mémoire la liste des médecins, sénateurs ou députés.

Sénateurs : Combes (Charente-Inférieure), Combescure (Hérault), Cornil (Allier), Cou-

---

est devenu amoureux à cause de ses belles dents : Point de jolie femme avec de vilaines dents, a dit avec raison Jean-Jacques Rousseau.

Bref, cet instant terrible avait éprouvé si fort le sultan que son regard a pris, à ce qu'il paraît, une expression si effrayante que Tchélébi Bivaz en est tombé de peur à la renverse. Ainsi que dit Dante : « Cadde, come corpo morto cade. » Etait-ce une farce ou bien la peur était-elle réelle? C'est ce qu'on n'a pu savoir.

Or, soit la chute de cette masse énorme qui se débattait dans des mouvements convulsifs, soit le soulagement immédiat et la véritable jouissance qu'on éprouve après l'arrachement de la dent, le fait est que le sultan s'est mis à rire et, sur un ton de bienveillance extrême, s'adressant au dentiste, lui dit : « Calk, keupek, korema ! » Ce qui veut dire : « Lève-toi, chien, n'aie pas peur ». Expression d'une bienveillance extrême, partant d'un puissant à ce ver de terre de dentiste, et en même temps il ordonna de lui donner 50,000 piastres.

Mais le dentiste, voyant peut-être que la farce lui avait réussi, restait toujours dans la même position en agitant ses jambes et en poussant des gémissements et des exclamations, en disant que, lui, le dernier ver de la terre, avait fait souffrir une pareille douleur au Grand Padichah, qu'il ne voulait rien et qu'il demandait à être tué plutôt que de recevoir une récompense.

Cette scène faisait beaucoup rire le Grand Mahmoud, qui avait déjà oublié son mal aux dents et la douleur du moment de l'arrachement.

Les instincts de grandeur, de générosité et de libéralité propres aux Osmanlis en

turier (Isère), Dufay (Loir-et-Cher), Dufraigne (Seine-et-Marne), Dupouy (Gironde), Dupré (Hautes-Pyrénées), Fréry (Belfort), Frézoul (Ariège), Garrigat (Dordogne), Goujon (Ain), Guyot (Rhône), Lavergne (Bernard) (Tarn), Le Monnier (Sarthe), Libert (Orne), Lourties (Landes), Georges Martin (Seine), Félix Martin (Saône-et-Loire), Milhet-Fontarabie (Réunion), Théophile Roussel (Lozère), Sébire (Manche), Testelin (Nord).

Députés : Amagat (Cantal), Bizarelli (Drôme), Bourgeois (Vendée), Clémenceau (Var), Chassaing (Seine), Chautemps (Seine), Chevandier (Drôme), Clament (Dordogne), Clech (Finistère), Cosmao-Dumenez (Finistère), David (Alpes-Maritimes), Dellestable (Corrèze), Desprès (Seine), Dron (Nord), Ducoudray (Niévre), Ferroul (Aude), Froin (Gironde), Gacon (Allier), Guillemaut (Saône-et-Loire), Grisey (Haut-Rhin), Haynaut (Pas-de-Calais), Herbet (Ain), Isoard (Basses-Alpes), Labrousse (Corrèze), Lafont (Basses-Pyrénées), de Lanessan (Seine), Langlet (Marne), Le Borgne (Finistère), Legludic (Sarthe), de Mahy (Réunion), Mandeville (Haute-Garonne), Marmottan (Seine), Merlou (Yonne), Michou (Aube), Naquet (Seine), Quintaa (Basses-Pyrénées), Rey (Lot), Reybert (Jura), Raspail (C.) (Var), Signard (Haute-Savoie), Theulier (Dordogne), Thomas (Marne), Turigny (Nièvre), Vacherie (Haute-Vienne), Viger (Loiret).

Mort du fœtus pendant la période d'expulsion causée par la rétraction du col utérin sur le cou de l'enfant.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 mai 1890.

Par le docteur AUVARD, accoucheur des hôpitaux.

La nommée P... (Henriette) est envoyée, le 27 mars 1890, chez Mme B..., sage-femme agrégée de l'Hôtel-Dieu.

Cette femme, âgée de 21 ans, domestique, est une secondipare. La première grossesse s'est terminée par un accouchement normal qui n'a duré que quatre heures et demie, donnant naissance à un enfant petit, d'après le dire de la malade, mais bien portant et vivant. Ce premier accouchement a eu lieu le 22 mars 1889, il y a un an environ. Les suites de couches ont été normales.

La grossesse actuelle n'a présenté aucun incident particulier; les dernières règles se sont montrées à la fin de juin 1889; elle est donc à peu près à son terme.

---

général, et aux sultans et khalifs en particulier, reprirent le dessus; on sait que le beau, le magnifique, le généreux et chevaleresque Abdul-Medjid, son fils, et père du non moins noble, généreux et chevaleresque souverain actuel, Abdul-Hamid, avait donné des palais à de fortunés confrères qui avaient réussi à sauver sa mère vénérée d'une maladie grave.

C'est aussi une curieuse histoire qui n'entre pas dans ce cadre et que je raconterai en détail dans une autre occasion.

Le sultan Mahmoud était grand dans tout ce qu'il faisait. Peut-être était-il aussi ému du spectacle qui s'offrait devant lui.

Il ordonna donc, avec une munificence vraiment impériale, qu'on donnât à Tchélébi Abraham Bivaz 50,000 piastres en argent comptant, une belle maison pour habiter, une pension de 1,500 piastres par mois et la décoration du Nicham-Iftikar, distinction honorifique de grand prix, que de grands personnages d'alors, que j'ai connus, ambitionnaient sans pouvoir l'obtenir.

Malgré cela, ou à cause de cela, s'attendant à plus peut-être, l'heureux et rusé dentiste restait toujours dans la même position et continuait à se débattre et à pousser des gémissements.

Ce que voyant, les assistants, soit pour débarrasser le sultan de ce spectacle qui se prolongeait un peu trop, soit que, par jalousie peut-être aussi, ils ne voulussent pas laisser l'insatiable Bivaz, dont ils avaient bien sûr compris le tour, arracher au sultan

Les premières douleurs ont commencé vers trois heures de l'après-midi. Arrivée chez la sage-femme vers quatre heures et demie. A six heures, la dilatation est complète : tête profondément engagée en O I G A ; bruits du cœur fœtal nettement perceptibles. La rupture de la poche des eaux a eu lieu spontanément vers cinq heures et demie.

Vers sept heures, la tête arrive à la vulve, où elle est visible pendant les contractions.

A partir de ce moment, l'accouchement reste stationnaire ; la tête entr'ouvre les grandes lèvres pendant les contractions, et disparaît pendant leur intervalle, refoulée par la contractilité périnéale.

Vers neuf heures, les bruits du cœur s'affaiblissent, mais, comme les contractions utérines sont assez fortes et régulières, la sage-femme pense que, d'un instant à l'autre, l'expulsion va avoir lieu, car le périnée ne semble pas résistant, la femme est secondipare, et il n'y a en apparence aucune trace de dystocie.

A dix heures, l'accouchement en est au même point ; on n'entend plus les bruits du cœur ; la sage-femme m'envoie immédiatement chercher.

J'arrive à onze heures et quelques minutes. Silence à l'auscultation. La tête fœtale est à la vulve en O P. Le périnée est souple et je ne puis me rendre compte de la lenteur de l'expulsion.

Application de forceps immédiate et sans aucune difficulté.

La tête est extraite des organes génitaux avec une certaine peine ; le périnée est d'ailleurs souple et reste intact.

J'enlève le forceps, et saisissant la tête avec les mains, suivant la méthode classique, je lui fais accomplir son mouvement de rotation externe.

J'essaye alors, en tirant en haut, de dégager l'épaule postérieure, mais en vain ; encore tentative inutile pour l'épaule antérieure en exerçant les tractions en arrière.

Pratiquant le toucher pour m'expliquer cet arrêt, j'arrive à quelques millimètres en arrière de l'orifice vulvaire, où le col utérin, dur et rétracté, compressionnait la partie inférieure du cou fœtal et les épaules, comme le ferait un cercle rigide.

Je tire successivement en bas et en haut, essayant de vaincre cette résistance ; l'utérus finit par céder et, au bout de cinq bonnes minutes, j'extrais un fœtus du sexe masculin pesant environ 3,200 grammes et ne présentant aucune trace de vie ; l'insufflation, faite pendant quelques minutes, ne ramène aucune trace de battements cardiaques.

Le corps est de coloration normale, mais le cou est entouré vers sa partie moyenne d'un cercle violacé extrêmement net ; toute la partie du fœtus située au-dessus de ce

---

d'autres faveurs, sachant par expérience que sa générosité était inépuisable, l'enlevèrent sur leurs bras et le mirent dehors.

En effet, le sultan Mahmoud, un jour, se trouvant avec le docteur Féri, qui jouissait de sa faveur, sur le terrain sur lequel on a bâti le faubourg Ferikeuy, du nom du docteur, lui dit : « Je te donne tout ce que tes yeux peuvent voir de ce terrain. »

Ce ne furent pas les seuls heureux. Par exemple, le sultan Aziz, d'émouvante et glorieuse mémoire, a nommé pacha un dentiste qui lui avait enlevé, il est vrai, très habilement, deux racines ; mais que de jaloux ont brigué pour que ce titre fût révoqué ! Le pauvre dentiste en a été tellement affecté qu'il a tout de suite donné des signes d'une grande surexcitation morale. Il vit encore avec la pension que le généreux souverain lui a accordée et qu'on n'a pas réussi à lui faire supprimer.

Quel contraste frappant avec ce qui s'est passé il y a trois ou quatre ans en Perse ! Le shah avait, à ce qu'il paraît, une dent cariée qu'il fallait extraire.

Tous les grands dignitaires de la Couronne sont accourus et ont déposé aux pieds du trône de riches présents pour décider le souverain à subir la douloureuse opération ; la fin, il céda à leurs instances aussi bien qu'à la vue de tant de diamants et de pierres précieuses qu'on tenait étalés devant lui, selon l'usage. On évalue à plusieurs millions ce que le roi a reçu dans cette circonstance ; on ne dit rien de ce que le dentiste a reçu, parce que, peut-être, on se sera borné à lui donner la décoration du Lion et du Soleil.

Après tant de beaux exploits, qui se prolongent encore ici, il paraît que l'heure des dentistes a sonné, et il en était temps. Ils ont fait assez leur sabbat pendant un demi-

cercle, c'est-à-dire toute la tête, est aussi violacée et contraste avec la coloration du reste du corps.

Il est évident, en examinant ce petit cadavre, qu'il y a eu pendant la vie une constriction circulaire autour du cou, cause et de la mort de l'enfant et de l'arrêt de l'accouchement.

Cette constriction n'a pu être exercée que par le col utérin : les détails de l'intervention justifient d'ailleurs cette hypothèse.

Délivrance et suites de couches normales.

Ce cas est intéressant à un double point de vue :

1° A cause de la source même de la dystocie ; à un examen superficiel, le diagnostic aurait pu être rigidité du périnée, et il est probable que plusieurs cas analogues ont pu être interprétés de la sorte ;

2° A cause de l'aspect même du fœtus, coloration violacée de la tête et anneau encore plus violacé sur le cou, aspect qui aurait pu être interprété par des personnes malveillantes, et à tort, comme un infanticide.

BIBLIOTHÈQUE

ALCALOÏDES : HISTOIRE, PROPRIÉTÉS CHIMIQUES, EXTRACTION, ACTION PHYSIOLOGIQUE, THÉRAPEUTIQUE, TOXICOLOGIE, ETC., par B. DUPUY. — Paris, Rongier et Cie, 4, rue Antoine-Dubois.

Cet ouvrage est certainement le meilleur guide que nous possédions pour l'étude des alcaloïdes. L'ouvrage débute par une première partie où sont étudiées les propriétés générales des alcaloïdes, leurs sécrétions générales, leur préparation, etc. Vient ensuite l'étude détaillée de chaque alcaloïde. Ces derniers sont placés par ordre alphabétique, ce qui facilite beaucoup les recherches.

Pour chaque alcaloïde, M. Dupuy étudie successivement : les propriétés physiques et chimiques, la préparation, le dosage, les sels, l'action physiologique, l'action thérapeutique, les doses et les formules. Chacun des paragraphes a reçu un développement en rapport avec son importance, et les parties physiologiques et thérapeutiques sont traitées avec les plus grands détails.

---

siècle. Auparavant, le dentiste se bornait seulement à arracher la dent. Cela avait de grands inconvénients, il est vrai, parce qu'il cherchait à les arracher quand même. C'était là son affaire et son gagne-pain. Mais, aujourd'hui, l'affaire est allée plus loin.

Les dentistes non seulement arrachent et mettent des dents, ce qui est double bénéfice, mais traitent, ou maltraitent plutôt, toutes les maladies de la bouche et s'affublent sans vergogne des titres pompeux de médecins-dentistes, de chirurgiens-dentistes, et même font précéder impudemment leurs noms, sauf de rares exceptions, du titre académique de docteur tout court. (Notez que nous sommes en Turquie !)

Eh bien ! dans ces conditions, c'est de l'exercice illégal de la médecine. Ce sont bel et bien d'effrontés charlatans, les exceptions respectées, bien entendu, qui vivent aux dépens du corps médical, de véritables parasites, et qui sont en même temps très dangereux pour le public. Partout ailleurs on s'en est ému, et à l'heure qu'il est, en Allemagne aussi bien qu'en Autriche, nul ne peut être dentiste sans posséder le diplôme de docteur en médecine, absolument comme nul ne peut être oculiste, accoucheur, laryngiste, auriste, etc , sans avoir fait des études médicales en toute règle et obtenu le grade de docteur en médecine. En Russie même, cette loi a été appliquée dans toute sa riguenr.

En France aussi on a promulgué des lois très sévères dans le même sens (Hélas ! cher confrère, vous parlez comme si vous étiez plus âgé de... cent ans.)

L'Orient qui est, en effet, le pays des Mille et une Nuits, ainsi que je l'ai dit en commençant, est aussi le pays des badauds et des ignorants ; le public, en général, se laisse

L'ouvrage de M. Dupuy comprend aussi l'étude des alcaloïdes artificiels que prépare la chimie organique et se termine par un index bibliographique très complet.

C'est avec justice que, deux années de suite, l'Académie de médecine a décerné à cet ouvrage le prix Desportes. Il représente, en effet, un ensemble de recherches considérables, résume des mémoires originaux très difficiles à se procurer et est écrit avec la plus judicieuse critique.

Nous ne pouvons que partager l'avis de M. Dujardin-Beaumetz qui, dans une préface placée en tête de l'ouvrage, le recommande à tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la thérapeutique. — P. Ch.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 5 juin 1890.

M. le Président adresse à M. Cadet de Gassicourt, qui assiste à la séance, les félicitations de la Société au sujet de son élection, à la presque unanimité, à l'Académie de médecine.

— M. Polaillon présente un testicule volumineux qu'il a enlevé à un enfant de 22 mois, on avait d'abord cru à une hydrocèle, mais le poids et la dureté ont prouvé qu'il s'agissait d'une tumeur, probablement d'un sarcôme. La cachexie étant à craindre et l'enfant étant très chétif, il fut procédé à la castration. Celle-ci fut faite de la façon suivante : Après incision au niveau de l'anneau inguinal, et ligature du cordon et des gros vaisseaux, le testicule fut détaché d'un seul coup de ciseaux : le pansement fut fait à l'acide borique. L'enfant, qui est encore au sein, va bien.

Un cas de choléra. — M. Guelpa communique que mercredi, à midi, il fut appelé auprès de M. C... âgé de 45 ans, tonnelier, qui avait les mains froides, des crampes aux extrémités d'une violence excessive, le pouls petit, filiforme, peu saisissable, la face si cyanosée qu'on l'aurait dit tachée de poudre de charbon. Température normale. Cet homme, très bien portant la veille au matin, avait été pris brusquement le soir de ce jour par des vomissements, de la diarrhée et des crampes avec sueurs froides. Les éva-

---

facilement séduire par les belles plaques et les salons richement meublés que les dentistes ont soin d'étaler. (Et en Occident donc !)

Mais tout n'est pas couleur de rose en Orient pour les dentistes non plus. Deux d'entre eux sont devenus fous : l'un pour avoir enlevé une dent saine au lieu de la dent malade dans une maison où on a voulu lui faire payer cher sa méprise; bien sûr on lui aurait fait un mauvais parti s'il ne s'était sauvé bien vite. Il en a été tellement impressionné qu'en arrivant chez lui il a donné immédiatement des signes de folie.

Ce malheureux, qui de marmiton était devenu dentiste, ce qui ne faisait rien, car Canova, de marmiton est devenu le premier sculpteur de notre époque, avait eu l'occasion de se trouver en présence d'une dent impériale à extraire; c'était un coup de fortune qui s'offrait à lui, mais il n'a pas été aussi leste que Thélébi Bivaz; la tête couronnée s'est retirée et il a manqué son coup.

L'autre aussi est devenu fou parce qu'il s'est vu dépouillé du rang élevé dont il avait été revêtu.

Un autre encore qui, d'arracheur de dents de la rue était parvenu jusqu'au seuil impérial, a disparu tout à coup, et on ignore ce qu'il est devenu. Celui-là, debout sur sa voiture en pleine promenade, ce qui n'était pas beau à voir, et que l'autorité municipale aurait dû empêcher, arrachait les dents seulement pour rien à tout le monde, mais payait un medjidié par dent aux malheureux qui, par besoin, se faisaient ainsi arracher des dents saines ; ce qui était très immoral. Mais il avait son but et il y est parvenu.

Aujourd'hui il y a une grande concurrence entre eux. Ils faisaient payer les premiers

évacuations alvines étaient un peu fétides, blanc-jaunâtre comme café au lait et avaient été dans la nuit plus de trente. Depuis mardi soir, le malade n'avait pas uriné. Interrogé sur l'origine probable de cette affection, il n'a été possible de trouver aucune relation avec objets ou individus étrangers et il n'est pas non plus possible qu'il s'agisse d'empoisonnement, le malade ayant toujours pris les repas avec sa famille. Il est bon de citer toutefois que sa fille, âgée de 12 ans, quelques jours avant, avait été atteinte de vomissements et diarrhée, mais sans crampes, sans mains froides, sans cyanose et sans suppression d'urine. — Traité avec des frictions excitantes, boissons diaphorétiques et alcoolisées, et une potion à l'extrait thébaïque et bromure de potassium, le malade était un peu mieux douze heures après. L'urine n'a reparu, et en toute petite quantité, que vingt-quatre heures après le début du traitement, elle a donc manqué totalement pendant plus de quarante-huit heures. Le malade, quoique allant mieux, n'est pas encore hors de danger. — Pour M. Guelpa, il s'agit à coup sûr d'un cas de choléra. Il demande à ses collègues si, dans leur clientèle, ils n'ont pas eu l'occasion de constater des cas d'affection de cette nature, car, dans cette supposition, il y aurait lieu de s'inquiéter au point de vue hygiénique général.

M. Dubousquet-Laborderie a eu un cas analogue. Le malade a été atteint à la suite d'un travail de déchargement d'un wagon d'oignons provenant d'Egypte. Il va mieux.

Propagation de la diphthérie d'un pigeon à l'homme et de l'homme à l'enfant. — M. Bilhaut donne le détail d'un fait de contagion dans les conditions suivantes :

Un adulte de 40 ans, atteint de myosis et de quelques troubles nerveux avant-coureurs de l'ataxie, fut pris un jour d'une tuméfaction de la région sous-maxillaire consécutive à une inflammation de la bouche. Très amateur de pigeons, M. F... avait vu succomber plusieurs de ces volatiles, quand il se prit à en alimenter un, en lui offrant à manger sur la pointe de la langue. L'animal succomba et l'autopsie démontra qu'il était atteint de diphthérie. Avant la mort du pigeon, la lésion qui s'était produite chez M. F... avait manifesté tous les caractères de la diphthérie. De nombreuses fausses membranes furent détachées par les collutoires au tannin et au perchlorure de fer. Ces membranes se développèrent sous la langue, de chaque côté du frein (le malade prétendait que le pigeon lui avait donné un coup de bec sur ce point). Elles furent très abondantes sur les amygdales. Néanmoins il guérit. Mais à quelques jours de là, son fils âgé de 5 ans, envoyé à la campagne aussitôt que le diagnostic avait été confirmé, fut pris à son tour de diphthérie. Il est à remarquer que, chez lui, l'éclosion du mal s'est faite par contagion

---

râteliers jusqu'à cent livres turques. Maintenant ils les font même pour six. Ainsi va de monde.

* * *

Il n'est pas besoin d'aller jusqu'en Turquie pour rencontrer d'heureux et adroits charlatans. Dans les environs de Lyon, à Saint-Pierre-la-Palud, existe un couple qui a recueilli la clef de saint Pierre, rien que cela, et qui en a profité pour apprendre à qui a voulu l'entendre que cette clef (pas de Garengeot, il ne s'agit plus ici de dentiste) avait le don de guérir les chiens enragés.

Quoique un vote de l'Institut ne l'ait pas consacrée, la recette des époux Tabard est bien supérieure, par sa simplicité et par les moyens d'application, à celle de M. Pasteur. Ils viennent l'exposer eux-mêmes au tribunal.

On prend un chien enragé, on le tient serré dans l'embrasure d'une porte, la tête dans la chambre, la queue au dehors, puis on lui applique vigoureusement entre les deux oreilles la miraculeuse clef chauffée à blanc. Pendant l'opération, le guérisseur prononce une formule mystérieuse, comme celle à l'aide de laquelle Nostradamus évoquait les esprits. Ce traitement, sur l'efficacité duquel les savants peuvent conserver des doutes, était couronné de succès.

Les époux Tabard voyaient chaque jour grandir leur réputation et grossir leur clientèle ; leur industrie était en chemin de leur constituer de solides rentes, quand intervint inopinément la justice. Un jugement du tribunal correctionnel de Lyon les a con-

et non par contact direct. — Ce fait intéressant vient se joindre à ceux déjà cités de contagion des gallinacés à l'homme.

M. Duchesne rappelle la communication faite récemment à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle par M. Saint-Yves Ménard, au sujet de l'épidémie de diphthérie qui a sévi sur les pigeons du jardin d'Acclimatation. L'auteur conclut à la non-contagion de la maladie du pigeon à l'homme.

M. Dubousquet-Laborderie cite un cas de contagion de la diphthérie de la poule à l'enfant, indubitable.

M. Leblanc partage l'opinion de la contagion directe des animaux à l'homme, il s'appuie sur les conclusions de la commission envoyée par l'Académie de médecine en Pologne pour étudier les rapports entre la pépie des poules et la diphthérie de l'homme. Après avoir fait connaître des cas de contagion directe, constatés par M. Cagny, de Senlis, il conclut que, bien que les travaux de MM. Roux et Yersin aient établi la différence entre les microbes de la pépie et de la diphthérie, ces deux maladies semblent avoir la même origine, et il n'est pas rare de voir l'épidémie de la première être suivie d'une épidémie de la seconde.

Les secrétaires des séances, MM. Guelpa et Lecerf.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mai 1890. — Présidence de M. Abadie.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La *correspondance imprimée* comprend les journaux et revues de la quinzaine ; — une circulaire de l'Association française pour l'avancement des sciences conviant la Société à se faire représenter au prochain Congrès qui se tiendra à Limoges au mois d'août prochain; — une brochure de M. le docteur Gellie, médecin en chef des prisons de Bordeaux, intitulée : *La grippe et son traitement.*

Correspondance manuscrite : Une lettre de M. le docteur Guichard (de Lignières-Sonneville), remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant; — des lettres de MM. de Beauvais, Leudet, Pellier et Trousseau, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Wickham, au nom du Conseil d'administration, qui s'est réuni avant la séance

---

damnés, il y a quelques jours, à quinze jours de prison, par défaut, pour exercice illégal de la médecine vétérinaire.

Aujourd'hui, M. le substitut Grellet-Dumazeau, dans un réquisitoire émaillé de malignes saillies, demande la réduction de la peine. Il paraît que les époux Tabard étaient de bonne foi, ce qui est une circonstance atténuante. Aussi le tribunal s'est-il contenté de leur infliger cinquante francs d'amende.; mais M. le Président y a ajouté quelques conseils. En leur faisant constater l'indulgence du tribunal, il a engagé les époux Tabard à renoncer à l'emploi de la clef de saint Pierre. Heureusement que jusqu'à présent ils ne l'avaient jugée bonne que pour les chiens ! Si, maintenant qu'ils possèdent l'auréole d'une condamnation, ils allaient vouloir appliquer leur clef chauffée à blanc sur la tête des humains enragés, que dirait le tribunal ? Simplissime.

Pommade contre l'alopécie syphilitique. — E. Besnier.

Acide salicylique....................	2	grammes.
Soufre précipité......................	10	—
Lanoline et vaseline.................	àà 50	—

F. s. a. une pommade, avec laquelle on fait des onctions soir et matin, sur le cuir chevelu, pour combattre l'alopécie syphilitique. — Le matin, savonner la tête à l'eau chaude, avant d'étendre de nouvelle pommade. — N. G.

pour vérifier, aux termes de l'art. 32 du réglement, les comptes du trésorier, expose la situation financière de la Société; elle est la suivante :

En caisse au 1er janvier 1889	2.895 27
Recettes pendant l'exercice 1889	4.160 88
Total de l'actif	7.056 15
Dépenses pendant l'exercice 1889	3.181 29
Reste en caisse au 31 décembre 1889	3.874 86 (jetons compris).

La Société possède, en capital, 872 francs de rente 3 p. 100.

Il propose de voter les remerciments les plus chaleureux au trésorier, M. Perrin, qui, depuis dix-huit ans, gère les intérêts de la Société avec un zèle infatigable. (Adopté.)

— M. Auvard communique une observation d'*étranglement d'un fœtus par le col utérin.* (Voir plus haut.)

M. Dubuc : Les branches du forceps ont-elles franchi le col?

M. Auvard : Non.

M. Abadie : Y avait-il un sillon autour du cou?

M. Auvard : Il n'y avait qu'un anneau violacé.

M. Wickham : Cette observation de M. Auvard présente un grand intérêt au point de vue médico-légal.

M. Perrin : La constriction du col s'étendait-elle au reste de l'organe utérin?

M. Auvard : Je ne pense pas; il est vrai que, préoccupé surtout de hâter la délivrance, je ne me suis pas occupé de ce détail.

— M. Ladreit de Lacharrière lit une observation intitulée : *Vaste foyer hémorrhagique du cervelet; albuminurie; attaques épileptiformes. — Mort; autopsie.* (Sera publiée.)

M. Abadie : L'observation de M. Ladreit de Lacharrière présenterait un grand intérêt au point de vue de la physiologie du cervelet si, malheureusement, la coexistence d'une grave affection rénale ne venait jeter quelque trouble dans l'interprétation des symtômes observés pendant la vie. Il est, en effet, difficile, en présence de troubles fonctionnels cérébraux, de décider s'ils relèvent d'une intoxication urémique ou des altérations de la substance cérébelleuse.

Dnns l'espèce, l'examen du fond de l'œil, s'il avait été pratiqué avec soin dès les premiers jours où les troubles visuels ont éclaté, aurait pu être d'un grand secours. En effet, si la perturbation de la vision avait été provoquée par la néphrite interstitielle, on aurait trouvé à l'ophthalmoscope tous les signes d'une rétinite albuminurique. Si, au contraire, on eût trouvé une double névrite oblique, cela impliquait l'existence d'une lésion cérébrale. On aurait donc pu ainsi décider laquelle des deux affections avait précédé l'autre, et quelle était celle qui provoquait la cécité.

M. Ladreit de Lacharrière : Cette observation présente beaucoup de côtés incertains; j'ai voulu insister surtout sur la dualité de l'affection ; il y a eu d'abord de l'albumine avec œdème des extrémités, puis convulsions épileptiformes. A l'autopsie, nous avons trouvé un énorme foyer hémorrhagique dans le cervelet. Malheureusement, le cerveau est rapidement tombé en déliquium et n'a pas été étudié à fond.

M. Reliquet fait remarquer que, chez les individus atteints de maladies du rein, quand l'urée diminue, il y a fréquemment des accidents éclamptiques.

M. Duroziez est frappé de l'énormité de la lésion; ce serait un mauvais cas pour étudier le cervelet, puisque cet organe était presque détruit.

— M. Duroziez : Les rapports de la bronche gauche avec l'aorte, l'artère pulmonaire et le canal artériel sont importants à connaître pour comprendre un certain nombre de souffles et l'oblitération du canal artériel; il y a là une cause de compression de ces

vaisseaux les uns par les autres sur laquelle a insisté Portal dans les figures qu'il a données à la fin du traité de Sénac :

« Chez le fœtus qui n'a point respiré, la bronche gauche est prodigieusement inclinée vers le cœur et elle est aussi plus postérieure. Or, comme l'aorte est toujours annexée à la bronche, il suit qu'elle est plus renversée en arrière dans les fœtus que dans ceux qui ont respiré. Ce point de doctrine ne souffre aucune variété; la crosse de l'aorte est toujours plus éloignée du sternum dans les jeunes sujets que dans les autres. L'air est la cause de ce changement de position. Dès qu'il pénètre le poumon gauche et qu'il en gonfle les diverses cellules, il élève la bronche du même côté, il la porte en avant; l'aorte suit ses divers mouvements; alors le canal artériel est tiraillé; ses parois se rapprochent et le sang coule dans les branches de l'artère pulmonaire. Pour se convaincre du mouvement de la crosse de l'aorte et de la bronche, il suffit de souffler dans la trachée artère d'un fœtus mort avant d'avoir respiré; en même temps que l'air pénètre le poumon, on voit la bronche relever l'aorte. La même expérience fournit les mêmes résultats lorsqu'on introduit de l'air dans le poumon gauche du cadavre d'un adulte; ainsi il est à présumer qu'à chaque inspiration l'aorte est relevée, et que si l'inspiration est violente et que l'aorte ne se soulève pas facilement, la bronche frappera cette artère et occasionnera un reflux de sang qui pourra devenir sensible au tact, en changeant le pouls... Le canal artériel est placé sur la bronche gauche qui le comprime et le distend à chaque inspiration jusqu'à ce qu'il soit oblitéré et détruit. »

Il y a dans ces changements de volume et de forme des nombreux vaisseaux qui sillonnent la partie supérieure de la cavité gauche l'explication de beaucoup de bruits et de souffles. La raison de l'oblitération du canal artériel donné par Portal en vaut une autre.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Parmi les projets de loi soumis en ce moment à l'examen des Chambres figure celui sur l'Assistance médicale dans les campagnes. D'après les principales dispositions de ce projet, l'Assistance sera obligatoire pour les communes et un bureau d'assistance créé dans chaque commune dressera, de concert avec le conseil municipal, la liste des indigents qui y auront droit. Cette liste, revisée tous les trois mois, comprendra les habitants que la maladie empêche de travailler et qui sont ainsi privés de leurs moyens d'existence.

Les secours médicaux seront, le plus que l'on pourra, donnés à domicile et il y aura dans chaque commune ou groupes de communes un dispensaire pour donner des consultations gratuites et des médicaments. De plus, les malades qui ne pourront être soignés à domicile seront placés dans une sorte d'infirmerie. Les communes ou syndicats seront rattachés à l'hôpital le plus voisin pour y envoyer leurs malades gravement atteints. Les communes et les départements supporteront les dépenses, mais l'Etat pourra accorder des subventions. Les détails d'exécution seront réglés par les conseils élus.

L'Institut Pasteur de New-York. — L'Institut Pasteur, fondé récemment à New-York, a donné jusqu'ici de très bons résultats. Pendant le mois d'avril, sept personnes, mordues par des chiens enragés, y ont été traitées avec succès. Une personne, mordue par un des chiens qui avaient mordu les personnes guéries, est morte de rage; elle n'avait pas voulu se faire soigner à l'Institut.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juin 1890, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le docteur Rondet, médecin correspondant du service des épidémies à Neuville-sur-Saône (Rhône), pour l'intelligence et le dévouement avec lesquels il a combattu, à l'aide des mesures d'hygiène et d'assainissement appropriées, deux épidémies de fièvre typhoïde qui se sont produites dans cette ville en 1885 et 1889.

Statistique de la profession médicale dans le Royaume-Uni et ses colonies. — D'après le *Medical Directory*, on compte 29,372 médecins qui sont ainsi répartis : à Londres, 5,077; dans les provinces, 13,715; en Écosse, 2,652; en Irlande, 2,577; à l'étranger et aux colonies, 2,697; dans l'armée et dans la marine de guerre, aux Indes et dans la marine marchande, 2,618. La mortalité moyenne a été de 20,3 p. 1000 en 1886.

— M. le docteur Humbert-Mollière est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près les bibliothèques publiques de Lyon.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mouronva d'Avesnes).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Anémie. — *Chlorose.* — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

SAISON THERMALE

Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Evaux-les-Bains

A l'occasion de la saison thermale de 1890, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 16 juin au 20 septembre, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toillette, au départ de Paris et de Laqueuille.

Départ de Paris..........	**8 h. 40 m. matin.**	**— 8 h. » m. soir**
Départ de Laqueuille......	midi 42 m.	— 8 h. 40 m. soir
Départ de Royat..........	**9 h. 31 m. matin.**	**— 6 h. 16 m. soir**

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versa.*

1re Classe, **58** fr. **15.** — 2e Classe, **43** fr, **75.** — 3e Classe, **31** fr. **60.**

Aux trains express partant de Paris à 8 h. 40 m. du matin et de Chamblet Néris, à 3 h. 36 soir, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement, en 6 h. 15 m. à l'aller et 6 h. 6 m. au retour.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vive versa.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Les paralysies nucléaires des muscles des yeux.

M. le docteur A. Dufour (de Lausanne) vient de publier sur ce sujet un mémoire très étendu exposant la question d'une manière complète (1). Il nous a paru utile de résumer ce travail parfaitement au courant des recherches poursuivies à l'étranger sur ce point de pathologie, et nous n'aurons guère à y ajouter que de rares indications.

Les paralysies des muscles des yeux ont reçu le nom d'*ophtalmoplégies*, et, selon la terminologie de Mauthner, on appelle *ophtalmoplégies extérieures* celles dans lesquelles les muscles situés à l'extérieur de l'œil sont paralysés, et *ophtalmoplégies intérieures* celles dans lesquelles les muscles intérieurs sont seuls atteints. Lorsque les deux ordres de muscles sont atteints, on peut désigner cet état sous le nom d'*ophtalmoplégie mixte* (A. Dufour).

Ces diverses espèces d'ophtalmoplégies peuvent, du reste, être complètes ou incomplètes.

Pour connaître entièrement une paralysie des muscles des yeux, il faut diagnostiquer le *siège de la lésion*, la *nature de la lésion*, sa *cause*.

I. *Diagnostic du siège des lésions.*

Le processus morbide peut occuper un point quelconque du parcours des nerfs moteurs de l'œil, depuis l'origine corticale jusqu'aux ramifications intra-musculaires. On peut d'abord admettre deux grands groupes : paralysies *intra-crâniennes* et paralysies *orbitaires* ou *basilaires*.

Une paralysie intra-crânienne peut être *cérébrale*. Dans le premier cas, elle peut être *corticale*, *cortico-fibrillaire* si les fibres reliant l'écorce aux noyaux sont intéressés en même temps que la première, *nucléaire* si les noyaux protubérantiels sont lésés, *fasciculaire* quand les racines nerveuses entre les noyaux et l'émergence du tronc à la base seront atteintes.

La paralysie *basale* est celle qui atteint les tronc nerveux entre leur émergence à la base du cerveau et leur entrée dans l'orbite par la fente sphénoïdale.

Il convient de passer en revue rapidement ces diverses localisations avant de nous arrêter aux paralysies nucléaires.

A. Paralysies d'origine intra-cranienne. — a) *Cérébrales.*

(1) *Annales d'oculistique*, 1890, 3e et 4e livraisons.

1. *Paralysies corticales.* — Les localisations dans l'écorce de centres spéciaux pour chacun des muscles de l'œil sont encore très discutées. Les lésions localisées dans le voisinage du pli courbe, ou vers le tiers inférieur de la circonvolution pariétale ou de la pariétale ascendante semblent entraîner un ptosis cortical. Les paralysies hystériques sont probablement d'origine corticale.

2. Pour les *paralysies cortico-fibrillaires*, l'incertitude est naturellement aussi grande que pour les corticales. On sait seulement que les fibres du releveur paraissent devoir se rendre du centre cortical supposé à leur noyau protubérantiel en passant par le noyau caudé.

3. *Paralysies fasciculaires.* — Elles existent en même temps qu'une hémiplégie croisée avec ou sans participation du facial et de l'hypoglosse. Le siège de la lésion sera dans la partie supérieure du pédoncule lorsque la paralysie du moteur oculaire commun sera partielle et laissera intact un des groupes principaux de fibres nerveuses, car, à ce niveau, les radicules sont écartées les unes des autres. Quand la paralysie du moteur oculaire est totale avec hémiplégie croisée, la lésion est localisée dans l'étage inférieur du pédoncule.

Si le processus morbide est localisé aux points où les racines nerveuses passent d'une région dans l'autre ou s'il progresse en avant ou en arrière, on a des paralysies à la fois fasciculaire et nucléaire ou fasciculaire et basale.

b) *Basales.* — Le diagnostic est souvent très difficile. La participation de l'olfactif, une paralysie unilatérale avec amaurose, indiquent une lésion de la base. Les paralysies périodiques du moteur oculaire commun sont, pour la plupart, d'origine basale.

B. Paralysies d'origine orbitaire. — La seule à peu près caractéristique est celle qui ne frappe que le petit oblique et les muscles intérieurs de l'œil. En dehors de ce cas, c'est par les complications qu'on reconnaîtra le point de départ de la paralysie. On s'appuiera aussi sur l'exophtalmos, le nombre des muscles atteints, l'unitéralité ou la bilatéralité de la maladie.

Il faut bien distinguer d'une paralysie nucléaire l'ophtalmoplégie extérieure uni ou bilatérale due à une inflammation du tissu cellulaire de l'orbite. Il y a impossibilité de mouvoir un ou les deux yeux, exophtalmos, intégrité de la musculature intérieure due à ce que les enveloppes des muscles orbitaires sont atteints et non pas les nerfs moteurs ou leurs gaînes, fréquente complication d'amblyopie ou d'amaurose, pas de ptosis, vive douleur lorsque l'on repousse l'œil d'avant en arrière.

Dans la grande majorité des *paralysies congénitales*, il y a absence plus ou moins complète des muscles oculaires. On doit cependant admettre la possibilité d'une lésion centrale, peut-être nucléaire, dans les ophtalmoplégies avec paralysies congénitales d'autres nerfs crâniens. Gast (1) a décrit un cas d'ophthalmoplégie bilatérale extérieure congénitale dépendant des noyaux de l'oculo-moteur.

II. *Paralysie d'origine nucléaire.*

A. Anatomie des noyaux moteurs de l'œil. — a) *Moteur oculaire commun.* — Ce nerf, qui se distribue à de nombreux muscles, a plusieurs noyaux

(1) *Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, juin 1883.

à son origine. Le noyau principal est une petite colonne de cellules nerveuses, allongée sous le plancher de l'aqueduc de Sylvius, et où il y autant de petits centres moteurs que de branches musculaires extrinsèques à la troisième paire. Un peu en avant de ce groupe se trouve, le long du plancher du quatrième ventricule, un deuxième petit groupe de cellules renfermant les noyaux des branches motrices intrinsèques. (Hensen et Volckers.) Kahler, Pick, Darkichewitsch sont arrivés à des résultats analogues. Perlia (1) a poussé l'analyse plus loin et a décrit, en dehors de l'origine du pathétique, quatre noyaux pairs à grosses cellules, un noyau impair à grosses cellules, deux noyaux pairs à petites cellules. Des noyaux postérieurs à grandes cellules portent des fibres qui s'entrecroisent sur la ligne médiane.

La plupart des auteurs placent dans le groupe supérieur antérieur (de Hensen et Volckers) le centre de l'accommodation (muscle ciliaire) et le centre photo-moteur (sphincter de l'iris). La disposition exacte de ces centres dans le groupe est discutée. L'ordre dans lequel sont disposés les centres qui commandent aux muscles extérieurs est encore mal établi. A. Dufour propose le schème suivant pour figurer la place relative des différents centres.

Côté médian		1) Muscle ciliaire.	Côté latéral
		2) Sphincter irien : a) réflexe accommodateur;	
		— b) réflexe lumineux.	
	6) Droit interne.	3) Releveur de la paupière.	
		4) Droit supérieur.	
	7) Droit supérieur.	5) Oblique inférieur.	
		Pathétique.	

Le noyau du releveur est au-dessous du groupe supérieur et immédiatement voisin.

Dans les ophtalmoplégies intérieures, le groupe supérieur (1 et 2) est paralysé, le groupe inférieur intact; c'est le contraire dans les ophtalmoplégies inférieures.

b) Le noyau du pathétique est situé près de l'entrée de l'aqueduc de Sylvius sur ses parois antéro-latérales. Il est contigu au noyau du moteur oculaire commun.

c) L'oculo-moteur externe a son noyau au-dessous du genou du facial.

B. Marche, durée et terminaison des paralysies nucléaires. — *Paralysies chroniques*.

a) *Forme stationnaire*. — Un ou plusieurs nerfs sont atteints brusquement ou successivement, partiellement ou complètement, le plus souvent des deux côtés, quelquefois d'un seul. La maladie reste stationnaire et le malade est infirme.

b) Dans la *forme progressive*, la paralysie apparaît comme dans la première forme, puis la maladie se propage lentement soit vers le troisième ventricule, soit vers les noyaux des dernières paires crâniennes, ou bien de l'autre côté du bulbe.

Les variétés symptomatiques sont nombreuses. Dans certains cas, la lésion localisée aux noyaux moteurs des yeux reste circonscrite au groupe

(1) *Albrecht von Græfe's Arch. fur Ophtalmologie*, t. 35, f. 4.

du noyau postérieur (inférieur); dans d'autres, la lésion débute dans les noyaux postérieurs et marche en avant, ou bien dans les noyaux antérieurs et marche en arrière. La paralysie oculaire peut se compliquer de phénomènes bulbaires, d'atrophie musculaire progressive. Elle peut exister dans l'ataxie locomotrice, dans la sclérose disséminée, dans la maladie de Basedow.

C'est Ballet (1) qui a surtout étudié les rapports du goître exophtalmique avec l'ophtalmoplégie externe. Cependant, dans quelques cas, il y a de la paralysie des releveurs de la paupière supérieure. Ordinairement, on constate en même temps des parésies des autres nerfs bulbaires (facial, branche motrice du trijumeau, hypoglosse). Ces phénomènes sont très importants pour la théorie du goître exophtalmique et permettent d'admettre que c'est une névrose bulbaire.

Quand la paralysie est complète et bilatérale, les yeux semblent figés dans de la cire, selon l'expression de Benedikt.

c) Il y a des paralysies nucléaires *périodiques*, à rémissions. Elles sont très rares, car Dufour n'en cite que quatre cas bien nettement d'origine nucléaire.

Les paralysies périodiques ou migraineuses du moteur oculaire commun sont tous d'origine basale, car l'iris est toujours atteint.

Dans un cas observé par Pfluger, il y avait trouble vaso-moteur de la région nucléaire et œdèmes passagers avec ou sans hémorrhagies.

2. *Paralysies nucléaires aiguës*. — a) *Forme grave*. — Dans cette forme, la maladie oculaire marche plus ou moins rapidement et se termine par la mort du malade. Dans les autopsies, on trouve de l'encéphalite diffuse plus ou moins étendue, de l'inflammation aiguë du troisième ventricule avec abondant pointillé hémorrhagique, etc. Dans certains cas, on ne trouve rien anatomiquement, ce qui tient soit à ce que les noyaux des nerfs moteurs oculaires n'ont pas été examinés au microscope, soit à ce que les lésions étaient trop récentes pour être découvertes par les moyens d'investigation dont nous disposons. Ce sont les symptômes de paralysie bulbaire progressive qui dominent la scène morbide; il s'y joint des vertiges, de la somnolence, une grande faiblesse. La maladie peut tuer en quelques jours ou durer plusieurs mois.

b) *Forme bénigne*. — Au début, la marche est rapide, puis, à un certain moment de son évolution, la maladie rétrograde et il y une grande amélioration ou même une guérison complète.

Dans cette forme rentrent les cas où le froid est la seule cause pathogénique qu'il soit possible de trouver. L'intégrité du nerf optique, l'intégrité de la musculature intérieure de l'œil avec vision normale, la somnolence parfois notée permettent d'admettre l'origine nucléaire.

Un grand nombre de paralysies bénignes ont été déterminées par un empoisonnement.

C. Anatomie pathologique. — Nous en avons déjà dit un mot, mais il convient de grouper dans un tableau d'ensemble les lésions trouvées dans les 37 autopsies que Dufour a pu réunir. Il peut y avoir destruction ou compression des cellules des noyaux moteurs par une tumeur, une hémorrhagie ou un ramollissement. D'autres fois, il y a une affection des cellules

(1) *Revue de médecine*, 1888, 5 et 7.

motrices elles-mêmes : inflammation hémorrhagique aiguë; dégénérescence inflammatoire aiguë ou chronique, les lésions étant les mêmes dans les noyaux moteurs de l'œil que dans ceux des dernières paires crâniennes, ce qui prouve l'analogie complète de la poliencéphalite supérieure (Wernicke) et de la paralysie bulbaire progressive; dégénérescence atrophique des cellules nucléaires. Six fois il n'y avait aucune modification pathologique dans la région des noyaux.

D. Diagnostic du siège nucléaire d'une lésion. — Le diagnostic de paralysie nucléaire est souvent très difficile à poser, car la physionomie de la maladie est très variable, un seul des muscles d'un œil, tous les muscles des deux côtés pouvant être frappés et tous les cas intermédiaires existant.

Les principaux symptômes qui devront faire penser à une paralysie nucléaire sont l'intégrité de la musculature intérieure, la faible participation du releveur de la paupière, la bilatéralité des symptômes, mais il ne faut déduire le siège du mal que de l'ensemble des manifestations morbides.

La plupart des paralysies nucléaires sont des ophtalmoplégies extérieures; cependant cette forme peut se voir dans une lésion orbitaire ou fasciculaire.

Dans le premier cas, les résultats de la palpation et de l'examen visuel, dans le second les paralysies concomitantes assureront le diagnostic.

L'examen du *champ de fixation* est un moyen de diagnostic très utile. Le champ de fixation comprend les excursions que l'œil peut exécuter dans toutes les directions, la tête étant immobile. L'examen du champ du regard permet donc de déterminer rapidement l'étendue des mouvements possibles. Avec des tracés graphiques, on peut suivre facilement la marche de la maladie.

E. Étiologie. — Les paralysies nucléaires frappent davantage les hommes que les femmes, et atteignent de préférence l'âge mur. Assez souvent l'état de santé est mauvais quand apparaît la paralysie; cependant, il peut aussi être excellent.

Les paralysies nucléaires par lésions primitives des cellules motrices sont assez fréquentes et M. Dufour a pu en relever 42 cas. Les cellules des cornes antérieures, celles des noyaux bulbaires du quatrième ventricule, celles des noyaux des nerfs oculo-moteurs peuvent être atteintes des mêmes altérations, et on a alors soit l'atrophie musculaire progressive, soit la paralysie labio-glosso-laryngée, soit la paralysie bulbaire oculo-motrice. Les trois affections peuvent apparaître successivement chez le même malade.

Fréquemment, les paralysies nucléaires compliquent une affection cérébro-spinale, surtout l'ataxie locomotrice. Viennent ensuite la sclérose en plaques, la paralysie générale, la maladie de Basedow.

Sur 220 cas de paralysies nucléaires, A. Dufour n'en a trouvé que 23 (42, si l'on compte les 19 ataxiques) d'origine certainement syphilitique.

Une autopsie seulement, sur 43, a permis de constater une altération probablement syphilitique de la région nucléaire, et il s'agissait d'un ataxique. Les paralysies peuvent encore dépendre du diabète. Quand il y a coïncidence avec la glycosurie ou la polyurie, cela s'explique par les rapports

anatomiques des noyaux avec le deuxième ventricule. Citons encore comme cause l'apoplexie cérébrale, l'artério-sclérose, le purpura hémorrhagique, l'endocardite végétante entraînant un ramollissement.

Il y a certainement un certain nombre de paralysies nucléaires qui sont provoquées par des troubles circulatoires. Telles sont les paralysies qui apparaissent sans autre cause au moment d'une migraine, après une grippe ou une congestion cérébrale, chez une anémique souffrant de troubles menstruels et qui s'améliorent ou guérissent en peu de temps. C'est en provoquant des désordres circulatoires qu'agit le froid.

Les intoxications sont encore une cause fréquente de paralysies nucléaires. Dufour a pu en recueillir 13 cas dans l'alcoolisme. Dans les cas aigus, la lésion paraît être une poliencéphalite supérieure hémorrhagique. Citons encore le saturnisme, le nicotinisme, les empoisonnements par l'acide sulfurique, la viande gâtée, l'oxyde de carbone.

Dans un certain nombre d'observations, l'affection se montre à la suite de maladies infectieuses aiguës telles que la diphtérie, la rougeole, la scarlatine. Il y a encore des paralysies nucléaires produites par une lésion directe de la région des noyaux : traumatisme ou tumeur.

Enfin, dans 21 cas, l'étiologie de la maladie est restée entièrement inconnue.

F. Pronostic et traitement. — Le pronostic des paralysies nucléaires doit être très réservé, car, si un grand nombre de cas se terminent par la mort, un certain nombre aboutissent à une grande amélioration ou à une guérison complète.

L'influence du traitement est souvent problématique et le même médicament peut réussir ou échouer dans des cas en apparence parfaitement semblables. Il faut, avant tout, s'attaquer à la cause.

Naturellement, on combattra la syphilis par le traitement spécifique, le diabète par le régime, etc.

Les paralysies nucléaires dont la cause reste inconnue, ou qui sont probablement dues à une affection primitive des cellules motrices, seront combattues par l'iodure de potassium à doses massives et la strychnine.

Paul Rodais.

BIBLIOTHÈQUE

Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur (os, articulations, muscles) par M. le docteur Kirmisson. — Paris, G. Masson 1890, avec 40 figures dans le texte.

M. le docteur Kirmisson a utilisé son passage à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, alors qu'il remplaçait le professeur Richet, pour y étudier un assez grand nombre de cas relatifs aux maladies chirurgicales des membres et de la colonne vertébrale et faire à ses élèves des leçons sur ce sujet. Aux faits cliniques qu'il a pu recueillir pendant une année, M. Kirmisson a ajouté les documents que son instruction spéciale en chirurgie orthopédique lui avait permis de rassembler et qui donnaient un intérêt plus grand encore à ses leçons. Nous ne pouvons donc que lui savoir gré d'avoir songé à les publier et à nous faire profiter à notre tour de son enseignement.

Les sujets traités dans ce volume sont : l'ostéite de développement, l'ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, l'ostéomyélite traumatique prolongée ; la syphilis osseuse héréditaire, les arthrites chroniques en général, la scapulalgie, les

arthrites chroniques du coude, la coxalgie, les arthrites chroniques du genou, les arthrites syphilitiques, le mal de Pott, les kystes hydatiques des muscles, le torticolis, l'ostéo-périostite de la clavicule avec fracture spontanée ; les luxations de l'épaule ; le décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus ; l'ankylose du coude ; une pseudarthrose du cubitus ; la paralysie radiale ; la déformation de l'avant-bras consécutive à une fracture des deux os ; les kystes synoviaux du poignet ; la syndactylie, le traitement des fractures de la rotule, le genu-valgum ; la résection tibio-tarsienne orthopédique ; le pied-bot ; le pied-plat valgus douloureux, l'arthrodèse etc.

A propos de chaque affection, M. Kirmisson en a étudié avec soin l'étiologie, le diagnostic et les indications thérapeutiques en même temps que l'observation détaillée du malade qui faisait le sujet de la leçon, la description de l'opération qu'il avait subie et le résultat thérapeutique que celle-ci avait donnée. Ce sont, par conséquent, des observations complètes, accompagnées de l'état de la question à propos de chacune d'elles ; chaque leçon forme donc comme un chapitre séparé de pathologie qui sera lu avec le plus grand profit, aussi bien par les étudiants que par les praticiens. — L.-H. Petit.

SOCIÉTÉS ET CONGRÈS

Sommaire : Traitement de l'orchite blennorrhagique. — Hydroa buccal pseudo-syphilitique. — Zona et tuberculose. — Crachats verts. — Traitement de la paralysie faciale périphérique.

Dans une des dernières séances de la Société de dermatologie, M. du Castel a fait une très intéressante communication sur le *traitement de l'orchite par le stypage au chlorure de méthyle.* La réfrigération est très active pour faire cesser les douleurs. On applique pendant quelques secondes sur les bourses, du côté malade, un tampon d'ouate ordinaire, refroidi par la projection d'un jet de chlorure de méthyle. Il ne faut pas trop prolonger l'action du froid, sans cela il se produit des lésions cutanées diverses, telles qu'un érythème persistant, de la vésication ou même du sphacèle.

Cette application du froid est répétée chaque matin, ordinairement matin et soir chez les malades violemment atteints. Une main très exercée peut, au lieu du stypage, employer la projection directe du jet de chlorure de méthyle suivant la méthode du professeur Debove; mais c'est là un mode d'application délicat, exigeant une grande habitude de ce genre de manœuvre.

Un soulagement immédiat et considérable de la douleur est ordinairement la conséquence du premier stypage, et souvent les malades réclament eux-mêmes une seconde application.

La durée totale du traitement est en moyenne d'un septenaire; la durée du séjour des malades à l'hôpital a été en moyenne de onze à douze jours, ce qui est une durée infiniment plus courte qu'avec les anciens traitements.

Soulagement immédiat, guérison rapide, tels sont, en deux mots, les résultats du traitement de l'orchite par le stypage : son application est facile, puisque, en dehors de l'application quotidienne du stypage, qui dure à peine quelques secondes, il ne nécessite l'addition d'aucun autre traitement, soit interne, soit externe.

M. Besnier a proposé de simplifier le traitement de M. du Castel en se servant d'un petit syphon et du récipient spécial inventé par Bailly. Les malades pourraient alors se traiter eux-mêmes. Il n'y a qu'à verser un peu de chlorure de méthyle dans le récipient, tremper un pinceau de charpie et a badigeonner la région malade.

Pour M. Mauriac aucun des traitements conseillés jusqu'ici n'abrège réellement la durée de l'orchite. Dans les cas ordinaires, l'expectation suffit et la maladie dure alors sept à huit jours, bien que l'on n'emploie que le repos et les cataplasmes.

Il faut traiter les complications. C'est ainsi que l'on ponctionnera la vaginale enflammée et devenue le siège d'un épanchement, que l'on mettra des sangsues le long du cordon quand l'inflammation du début est très intense. Lorsque le malade souffre beaucoup, on peut, selon le conseil de Diday, placer le testicule entre deux vessies presque

remplies de glace. L'onguent napolitain ne soulage pas et cause souvent de l'érythème.

A la même Société M. Baudoin a insisté sur les difficultés du diagnostic différentiel entre la syphilis et certains cas d'*hydroa buccal*. Les deux observations qu'il a recueillies offrent un grand intérêt pratique, aussi nous croyons devoir les donner en détail.

L'un de ses malades, un homme de 27 ans, vigoureux, présentait sur la peau un érythème polymorphe qui n'offrait rien de particulier; mais il existait sur la muqueuse buccale des lésions du même genre qui ressemblaient à s'y méprendre à des plaques syphilitiques. Sur les deux lèvres, de chaque côté de la ligne médiane, on voyait quelques petites plaques rouges, dont chacune portait à son centre une tache opaline dans laquelle on reconnaissait une vésicule affaissée. En outre, chaque lèvre présentait à ses deux extrémités, près des commissures, une petite érosion arrondie, de la largeur d'une lentille, à fond uni, un peu lisse par place et d'une coloration rouge foncée.

Sur la surface interne des joues, en différents points de la langue et du palais, on constatait des lésions semblables aux précédentes, mais on remarquait particulièrement deux plaques constituées chacune par la réunion d'un certain nombre d'éléments groupés ensemble, et occupant l'une la partie médiane du palais, l'autre la face dorsale de la langue.

Ces lésions de la muqueuse buccale présentaient les caractères des plaques muqueuses excoriées et circinées qu'on pbserve chez les fumeurs. C'étaient là de la « pseudo-syphilis » par excellence.

Le second malade présentait, sur les membres et la verge, une éruption d'érythème hydroïque, caractéristique; la muqueuse buccale était le siège de lésions remarquables par leur apparence spécifique. Sur la lèvre inférieure on voyait, à sa partie médiane, une saillie papuleuse, arrondie irrégulièrement, d'un rouge intense par places, tandis qu'en d'autres points on parvenait à l'aide de la loupe à y distinguer de petites érosions grisâtres, vestiges de vésicules affaissées. La langue offrait dans la région de sa pointe des plaqnes érosives, irrégulières; la face dorsale et les bords portaient une série de plaques rouges subérosives. Toutes ces lésions donnaient à l'organe un aspect syphiloïde.

Il y avait sur le voile du palais quelques autres altérations qui en imposaient pour des manifestations syphilitiques. Cependant sur la face interne des joues, à côté d'érosions semblables aux précédentes, apparaissaient quelques petites vésicules opalines entourées d'une zone congestive dont la présence eût été suffisante pour prévenir une erreur d'interprétation, à défaut de tout autre élément de diagnostic. Ici, en effet, celui-ci était facilité par la coïncidence de l'éruption cutanée dont les caractères ne prêtaient nullement à l'équivoque. Mais dans des cas analogues, en l'absence des particularités qui, chez les deux malades, ont permis d'éliminer la syphilis, le diagnostic pourrait présenter de grandes difficultés.

Dans la discussion qui a suivi, M. Fournier a insisté aussi sur les difficultés de diagnostic de l'hydroa buccal et M. Mauriac a fait remarquer que de pareilles lésions se produisent parfois chez les syphilitiques, ce qui rend l'embarras plus grand encore. Quelquefois même, d'après MM. Besnier et Kaposi, les lésions cutanées de l'hydroa peuvent aussi revêtir l'aspect syphilitique. Les plaques sont un peu déprimées, rénitentes au centre et prêtent absolument à la confusion.

Mentionnons encore les dix observations de *zona suivi de tuberculose* recueillies par M. Lemonnier (de Flers). Cinq de ces malades ne présentaient aucun signe de tuberculose quand ils ont eu le zona, un seul était déjà atteint. La tuberculose est apparue deux fois presque en même temps que l'éruption cutanée; une fois au bout de six mois; une fois au bout de huit mois; dans un cas, enfin, au bout de quatre ans et demi.

Ce qu'il y a d'intéressant à noter, c'est qu'un des malades qui avait eu un zona ophthalmique mourut de méningite; un autre qui avait présenté un zona du sciatique eut une tuberculose génitale.

Ces observations sont trop peu nombreuses pour qu'on en puisse tirer une conclusion. La tuberculose existait-elle avant le zona, sans avoir donné lieu à des signes physiques appréciables, et si oui, ne pouvait-elle pas agir sur le système nerveux, soit en irritant les ganglions spinaux, soit en déterminant une névrite même infectieuse? C'est la seule réflexion qu'il est permis de faire.

*
* *

A la *Société de biologie*, MM. Combemale et François (de Lille) ont observé une véritable épidémie de crachats verts qui leur a permis d'étudier la nature de ce genre d'expectoration.

Il faut distinguer parmi ces crachats ceux dont la coloration verte dépend de la matière colorante biliaire, ceux qui tirent leur coloration des produits de transformation de l'hémoglobine, et enfin ceux dont la coloration tient à des bactéries. Dans les cas qu'ils ont observés, il s'agissait de cette dernière catégorie de crachats.

Au milieu du mois de février 1890, deux cas isolés de crachats devenant verts après l'expectoration dans des espaces de temps variant de quelques heures à une journée entière, se montrèrent dans les salles de la clinique médicale de Lille : un cas du côté des hommes, l'autre du côté des femmes. La nature microbienne de cette expectoration fut révélée par des cultures sur milieux nutritifs ; deux ou trois jours après l'ensemencement, l'agar prenait une fluorescence verte qui ne faisait qu'augmenter durant quelques jours. L'un des malades avait une bronchite généralisée consécutive à la grippe et l'autre une tuberculose au dernier degré. La désinfection des crachats par l'eau bouillante saturée de bicarbonate de soude arrêta la petite épidémie.

A deux mois de distance, la coloration reparut chez un plus grand nombre de malades et il s'agissait encore de l'action de microbes. Les malades atteints étaient des tuberculeux avérés et des bronchitiques. Les crachats étaient colorés en vert d'herbe superbe, surtout dans la profondeur du crachoir, et la durée de la coloration s'est montrée variable. Chez certains, elle a duré huit jours ; chez d'autres, elle a été très passagère. Il n'y avait pas, du reste, de modification dans l'état général.

L'acide borique, à la dose de 0,50 à 1 gramme par jour, à l'intérieur, amène la disparition de cette coloration verte des crachats chez les malades qui expectorent vert.

Le pronostic de la lésion pulmonaire n'est pas changé par la coloration verte.

Terminons en résumant une communication sur le *traitement de la paralysie faciale périphérique par l'électro-puncture faradique* faite à la même Société par M. J. Mascarel. L'auteur plonge dans la direction du trou stylo-mastoïdien, c'est-à-dire à la sortie du nerf facial, une aiguille en platine à une profondeur de 8 à 10 millimètres, puis une seconde aiguille en platine est introduite profondément et parallèlement dans l'épaisseur et en dessous du sourcil du côté paralysé. On fait alors passer une série de courants intermittents pendant quatre à cinq minutes, ce qui provoque des secousses violentes dans la direction des parties molles traversées par les aiguilles. Le lendemain, M. Mascarel applique la première aiguille de la même façon et pique la seconde transversalement dans les fibres musculaires de la paupière inférieure, puis il touche l'extrémité libre de chaque aiguille, simultanément d'un côté avec l'un des poles électriques armé d'une olive en cuivre et de l'autre avec le petit balai métallique. Il fait ainsi passer une vingtaine de secousses. Le surlendemain, l'aiguille faciale est descendue au dessous de la pommette, le cinquième jour à l'orbiculaire de la bouche, puis dans la direction de la commissure des lèvres, le septième et huitième jour on électrise le menton, enfin le neuvième jour on complète le traitement en promenant le balai électrique sur la surface de la joue malade. Il ne faut faire les séances qu'à jeun et opérer dans les huit à dix premiers jours de la maladie ; la durée de chaque séance ne doit pas dépasser quatre à cinq minutes.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Gastrostomie. — Plaies de l'abdomen par coups de révolver.

M. Monod lit une note de M. Roux (de Brignolles) relative à un cas de *gastrostomie*

pour rétrécissement de l'œsophage. Le malade avait avalé de la potasse caustique et avait un rétrécissement très bas placé. De plus, il était syphilitique depuis quatorze ans et avait une fistule trachéale consécutive à la trachéotomie.

L'opération fut faite en suivant les règles tracées par Verneuil, Labbé et Terrillon. Avant d'ouvrir l'estomac, on fixa les parois de l'organe aux lèvres de la plaie par dix-sept points de suture. Le malade fut emporté en deux jours par une broncho-pneumonie.

M. Roux s'est occupé de préciser les causes de la mort à la suite la gastrostomie. Il pense que le traumatisme de l'estomac et surtout le pincement de ses parois par les points de suture, peuvent entraîner des complications pulmonaires réflexes comparables à celles que M. Verneuil a signalées dans l'étranglement herniaire. Pour élucider ce point, il a fait des expériences sur des chiens chez lesquels il a pratiqué la ligature partielle des parois de l'estomac. La congestion pulmonaire peut certainement se produire dans ces circonstances, mais elle est rare, chez l'homme, car, sur 45 observations de gastrostomie, M. Roux n'a relevé que quatre cas de complications du côté du poumon comme cause de la mort.

M. Terrier ne croit pas qu'il faille faire autant de points de suture que M. Roux ; c'est là un abus. Il conseille de modifier sur certains points le manuel opératoire. C'est ainsi qu'après avoir attiré au dehors l'estomac, qu'un aide maintient, il passe des anses de fil de soie stérilisé dans la paroi abdominale et celle de l'estomac, sans y comprendre la muqueuse en mettant chaque anse parallèlement à l'incision du péritoine. Ce plan de sutures superficielles unit intimement les séreuses, et, de plus, permet de n'avoir à la paroi qu'un orifice très petit, laissant à peine passer une sonde à urèthre. L'incision de l'estomac, que l'on fait ensuite, doit être de 1 centimètre au plus. La muqueuse du ventricule est soigneusement suturée aux lèvres de la plaie cutanée. Le pansement avec le carbonate de magnésie est très utile, car il neutralise le suc gastrique. Dans trois cas, M. Terrier a réussi la gastrostomie. Chez un de ces malades, il y a eu une hypersécrétion de suc gastrique et la paroi a été atteinte.

Pour M. Terrier, les accidents qui ont emporté le malade de M. Roux sont des accidents septiques.

M. Berger, bien que reconnaissant que la gastrostomie en un temps est indiquée dans certains cas, se demande s'il n'est pas préférable, dans beaucoup de circonstances, de la faire en deux temps selon la méthode d'Albert (de Vienne).

Il a fait l'opération en deux temps sur son malade qui avait un cancer de la partie moyenne de l'œsophage. Pour faire adhérer les deux séreuses, il les suture circulairement après avoir incisé l'abdomen; l'ouverture de l'estomac n'est faite que quarante-huit heures plus tard sur une étendue de 1 centimètre. Dans le cas auquel il fait allusion, M. Berger n'a pas suturé la muqueuse à la peau. Le malade a été très soulagé et a vécu pendant deux mois. L'érythème et la digestion des lèvres de la plaie sont évités par l'adjonction aux pansements de la soie préparée. Contre la suffusion du suc gastrique, il faut employer le tamponnement. Il est essentiel de ne faire qu'une petite ouverture.

M. Routier a fait deux fois la gastrostomie avec succès. Il a opéré comme le conseille M. Terrier et a placé des sutures comprenant les deux points, mais n'a pas réuni la muqueuse à la peau. Il n'a eu ni érythème ni épanchement de suc gastrique et préconise l'opération en un seul temps. Un de ces malades est mort d'inanition en 12 jours; l'autre vit depuis plusieurs mois, et il a fallu lui faire une trachéotomie par suite de la compression exercée par la tumeur.

Pour M. Reynier, l'incision est toujours trop grande, car elle a de la tendance à s'agrandir sans cesse au contact de l'obturateur. Il a opéré trois malades atteints de cancer de l'œsophage et, dans un cas seulement, il a eu à déplorer une mort rapide. Il faut nourrir très rapidement les opérés, car on n'intervient que lorsqu'ils sont déjà cachectiques, aussi est-il partisan de l'opération en un temps.

M. Terrillon ne fait pas la suture de la muqueuse à la peau. Il cite un cas dans lequel, à la suite d'un rétrécissement cicatriciel, il a fait à l'estomac une incision tout juste

suffisante pour laisser passer une sonde nº 64; son malade est mort phthisique dix-huit mois plus tard.

Pour expliquer les accidents qui suivent l'opération, on doit surtout tenir compte de la nature du suc gastrique. Quand il est abondant et d'une acidité modérée, les accidents sont rares ; par contre, la plaie est digérée quand il est riche en acide chlorhydrique. On peut prévenir cette complication en employant pour les pansements une poudre alcaline.

M. Terrier insiste sur ce point qu'il est très difficile d'obturer les fistules gastriques lorsque l'ouverture est grande ; il a pu se rendre compte de ce fait en faisant, à Alfort, des expériences sur les animaux. Pour lui, les différents sucs gastriques n'ont guère d'action différente. Il ne voit pas l'avantage qu'il y a à faire la gastrostomie en deux temps ; l'opération en un temps n'a que des avantages.

M. Reclus fait un rapport sur plusieurs observations de *plaies de l'abdomen par coups de revolver* envoyées par MM. Jalaguier, Moty, Lagrange et Kapetanakis. Il y joint une observation qui lui est personnelle et une autre, inédite, de M. Labbé.

Le cas de M. Lagrange se rapporte à un jeune homme de 17 ans, qui s'était tiré à jeun deux balles de revolver dans la région de l'ombilic. On employa le traitement médical, glace et opium, et le malade guérit, bien qu'il ait eu des vomissements, du météorisme et de la fièvre.

Le traitement médical suffit aussi à guérir les deux malades de M. Kapetanakis. Dans l'un, il s'agissait d'un homme qui s'était logé une balle de revolver dans l'abdomen ; il était à jeun et guérit malgré des symptômes de plaie pénétrante. Le second cas est absolument semblable.

Dans le cas de M. Labbé, le malade fut pris, quelques heures après le traumatisme, de fièvre, de vomissements et de frissons ; on n'osa pas faire la laparotomie et il guérit par la glace et l'opium.

Le malade de M. Reclus avait une plaie de l'abdomen faite par un tranchet ; les anses intestinales faisaient hernie. Le malade guérit après lavages à l'eau chaude, réduction de l'intestin et suture.

De tous ces faits, il semble résulter que l'abstention systématique réussit mieux que la laparotomie ; les statistiques étrangères viennent à l'appui de cette idée, car elles donnent 78 p. 100 de mortalité quand on ouvre le ventre et 25 p. 100 quand on se borne au traitement médical. Les chiffres qu'a publiés Stimson viennent encore à l'appui de la conduite que M. Reclus conseille de tenir.

Cependant il faut faire la laparotomie dans les cas suivants : 1º Lorsque les anses intestinales font issue au dehors ; 2º lors d'hémorrhagie interne, car on doit chercher la source de cette hémorrhagie ; 3º le tympanisme et l'issue de bulles de gaz ou de matières fécales ne laissent aucun doute sur l'existence de la perforation. Il faut encore prendre en considération la nature de l'agent vulnérant. Après un coup de pied sur l'abdomen qui ne cause qu'un foyer circonscrit, la laparotomie sera indiquée. Dans le cas de péritonite, on ne peut poser de règle fixe, car les deux méthodes comptent des succès et des revers. Cependant, quand les signes de péritonite grave sont évidents, on peut ouvrir le ventre.

Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année scolaire 1889-1890.

M. Condé : Contribution à l'étude du traitement des plaies de la main par écrasement (pansement ouaté mixte; conservation). — M. Titi : Des névrites périphériques expérimentalement provoquées par le contact de différentes substances avec les nerfs vivants. — M. Dupin : Des complications de la grippe. — M. Levrier : Contribution à l'étude de l'eczéma des ongles. — M. Coulom : Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx. — M. Archambault De la dermatose de Kaposi (xeroderma pigmentosum).

FORMULAIRE

Mixture contre les gerçures du sein.

Salol	3 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 20 centigr.
Ether sulfurique	3 grammes.
Collodion	30 —

F. s. a. un liniment avec lequel on touche les gerçures du sein. — N. G.

COURRIER

M. le docteur Ravin (d'Amiens) est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Thiéry, prosecteur de la Faculté, est envoyé en mission en Angleterre, en Suède et en Russie, pour y étudier l'organisation de l'enseignement chirurgical.

Comité consultatif d'hygiène de France. — Dans sa séance du 19 juin 1890, le Comité a été appelé à présenter une liste de trois candidats pour la place restée vacante par le départ de M. le docteur Richard. Il a présenté en première ligne M. le docteur Ogier, auditeur près dudit Comité (18 voix sur 29); en deuxième ligne, M. le docteur Rochard; en troisième ligne, M. le docteur Drouineau.

La médeci e a la Chambre des Députés. — M. Constans, ministre de l'intérieur, a communiqué au Conseil le texte du projet de loi sur l'exercice de la médecine qu'il vient d'élaborer de concert avec son collègue de l'instruction publique et qu'il va déposer sur le bureau de la Chambre.

Société Hufeland. — *Prix.* — Dans sa séance du 21 avril, cette Société a mis en concours, pour les prix Alvarenga, les deux questions suivantes : 1° « L'épidémie d'influenza en 1889-90 : Histoire, étiologie, pathologie, traitement et complications »; 2° « De la responsabilité légale des médecins en ce qui concerne l'administration du chloroforme et des autres agents anesthésiques ». Les mémoires écrits en allemand, français on anglais doivent parvenir au secrétaire, M. A. Liebreich (à Berlin), avant le 1er avril 1891.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. François-Alfred Guillon, docteur en médecine, ancien président de la Société de médecine pratique de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, officier d'Académie, commandeur de l'ordre du Christ de Portugal, décédé le 10 juin 1890, à Portrieux-Saint-Quay (Côtes-du-Nord), à l'âge de 57 ans.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

SIROP DE NARCÉINE GIGON. — Coqueluche, Bronchite, etc.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) **représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. —** ***Fièvres, anémie.***

Dyspepsies.—Anorexie.— Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

M. Fallières, ministre de la justice, a reçu, le lundi 16 juin, la délégation de l'*Association générale des médecins de France*, chargée de lui présenter le projet de relèvement des tarifs applicables aux médecins légistes, projet élaboré par la Commission de l'Association, et approuvé à l'unanimité par la dernière assemblée générale. M. le Ministre a fait aux représentants de l'Association le plus gracieux accueil; il s'est montré très favorable au principe du relèvement de ces tarifs, et il a bien voulu promettre son appui. Quant aux questions de détail encore à l'étude, il est permis d'espérer que le rapport de l'Association contribuera à en faciliter la solution.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — M. PANAS.

Episclérite syphilitique.

Leçon recueillie par M. GUILLEMAIN, interne du service.

Messieurs,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade porteur, à la partie externe

FEUILLETON

LES SALONS DE 1890 (1)

M. DETAILLE brille au premier rang de la peinture militaire par une grande toile intitulée : *En batterie.* Sur le devant du tableau, un officier d'artillerie s'élance au galop sur un cheval noir lancé à fond de train ; il tient les rênes de la main gauche et, de la droite, il élève son sabre en criant à ses soldats : « En batterie ». On retrouve dans cette scène les grandes qualités de dessinateur de M. Detaille, en même temps que la couleur est vive et le mouvement magnifique. Nos lecteurs se souviennent sans doute du « Rêve », du même peintre, qui lui a valu la médaille d'honneur et qui était d'un sentiment poétique si vrai. Cette année, le tableau de M. Detaille nous montre une autre face de son talent, que l'on ne saurait mieux comparer qu'à celui de Meissonier dont il est du reste l'élève.

Avec M. Detaille, nous ne pouvons guère citer ici, comme peintre militaire, que M. FLAMENG, qui expose une *Halte d'infanterie en 1789* et l'*Armée Française en marche sur Amsterdam en 1796.* On trouve dans ces tableaux un grand souci du détail et de l'exactitude historique, et la couleur en est assez agréable.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 12 juin.

du globe de l'œil gauche, d'une tumeur d'un diagnostic fort difficile. Cet homme, âgé de 45 ans, entré dans nos salles le 22 mars, il y a, par conséquent, trois jours, raconte que le début de son mal remonte au mois de juillet 1889, époque à laquelle son œil est devenu rouge et douloureux. En le voyant, j'ai cherché immédiatement du côté des diathèses : point de rhumatisme, point de goutte, mais la syphilis. En effet, Messieurs, ce malade a eu un chancre induré suivi de roséole en 1882. Il a fait un traitement en règle par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes par jour. Depuis lors, il n'a pas eu d'accidents.

A l'examen, on trouve une tumeur du volume d'une petite noisette ayant 2 centimètres dans son grand axe horizontal, 1 cent. 1/2 dans son axe vertical; tout en étant externe, elle est plutôt un peu supérieure; en effet, ses deux tiers sont au-dessus du méridien horizontal. Cette tumeur, située sous la conjonctive, est arrondie, à large base, diffuse; sa surface est d'un rouge vineux, violacé; de plus, toute la conjonctive bulbaire est irritée.

Quand on examine cette tumeur à l'éclairage latéral, elle laisse passer la lumière comme un corps demi-opaque. Sa surface est lisse, point de bosselures; sa consistance est mollasse, je dirai même qu'elle donne la sensation de fluctuation, de sorte qu'au premier abord on ne peut dire si l'on a affaire à un kyste où à une tumeur solide. Pour avoir un diagnostic certain, il faudrait faire une ponction avec une aiguille cannelée. La tumeur reposant sur la sphère oculaire, qui est elle-même fluctuante (sauf dans le cas de glaucôme), l'appréciation de sa consistance est plus difficile que dans toute autre région.

En examinant la cornée, nous trouvons une lésion située à sa partie inférieure et indépendante de la tumeur, c'est un triangle à base inférieure de kératite pointillée. Les petits dépôts qui la constituent se font derrière et sur la membrane de Descemet; c'est donc dans la chambre antérieure qu'est son siège. Cette lésion s'observe d'ordinaire en même temps que l'iritis; pourtant, chez notre malade, les phénomènes iritiques, s'ils existent, sont peu accusés, à peine observe-t-on sur l'iris de légers dépôts

---

Les paysages sont très nombreux aux Champs-Elysées, et l'on sait que la médaille d'honneur est venue enfin récompenser le talent de M. Français. La *Matinée brumeuse aux environs de Paris* est une des meilleures œuvres de ce peintre, qui en a donné tant d'excellentes. Il s'en dégage une impression de charme mélancolique, de calme douceur qui repose des colorations heurtées par lesquelles tant de jeunes peintres cherchent à fixer l'attention du public. Ce n'est pas là, comme on l'a dit, de la peinture simplement en surface, mais un paysage travaillé; l'artiste ne se contente pas d'avoir l'impression de la nature, il cherche à la représenter. A côté de M. Français, on doit placer M. Harpignies, qui expose deux toiles : *Le Crépuscule, souvenir de l'Allier* et *Une prairie, effet de soleil*, paysages peut-être un peu moins conformes à la nature que ceux de M. Français, mais où l'on retrouve la marque d'un talent reconnu de tous. M. Olive a envoyé deux tableaux où un sentiment profond de la nature méridionale se retrouve en entier : *Le quai de la Fraternité, à Marseille* et *Martigues, côté de l'étang de Berne*. Sa peinture donne l'impression de chaleur accablante que l'on rencontre dans les œuvres de nos meilleurs peintres de l'Orient. C'est encore une orgie de lumière que *La Moisson*, de M. Quignon. A gauche, les moissonneurs s'acharnent après le champ de blé, dont la moitié jonche déjà la terre; on réunit les meulons en gerbes pour les entasser dans la charrette encore vide. Le plein soleil de midi brille sur le champ et permet au peintre de faire valoir toute la puissance de sa couleur par des oppositions d'ombres crues. Malheureusement le ciel est plutôt gris et la lumière qui s'en échappe ne semble pas devoir donner des ombres aussi fortes.

de pigment marron. Il n'y a pas de synéchies, mais l'iris est paresseux; il se dilate peu, même avec l'atropine. Mais, si nous interrogeons le malade, il nous dit qu'en juillet dernier son œil est devenu rouge; le médecin qui le soignait, M. Dreyfous, a prononcé le mot de myosis; il y avait vraisemblablement, à ce moment, une iritis syphilitique subaiguë. Elle a guéri à l'aide du traitement spécifique.

En octobre, nouvelle poussée d'iritis qui a eu la même marche que la précédente.

En résumé, Messieurs, iritis ancienne, kératite pointillée, telles sont les deux lésions que nous observons. Si maintenant nous regardons plus profondément avec l'ophtalmoscope, nous voyons le fond de l'œil, mais d'une façon diffuse; aussi je crois qu'en dehors des lésions de la chambre antérieure il y a une rétino-choroïdite spécifique. L'acuité visuelle est altérée, mais beaucoup moins qu'on serait tenté de le croire d'après les troubles ophtalmoscopiques; en effet, le malade possède encore la moitié de son acuité visuelle.

En présence de toute tumeur, nous devons nous poser la question suivante : Cette tumeur est-elle intra ou extra-oculaire? Le champ visuel n'est point rétréci; mais peut-on en conclure que la tumeur n'a aucun rapport avec l'intérieur de l'œil? Non. Elle siège, avons-nous dit, au niveau de la région ciliaire de la rétine, elle va jusqu'à l'ara serrata et ne la dépasse point. Comme cette portion de la rétine est un organe sécrétant et insensible à la lumière, une tumeur peut l'occuper et ne s'accompagner d'aucun trouble du champ visuel. Nous avons bien regardé de ce côté avec l'ophtalmoscope, mais sans rien découvrir; en effet, ni l'éclairage latéral, ni l'examen ophtalmoscopique, ni le champ visuel ne peuvent nous servir pour juger de l'état de l'ara serrata.

Telle est, Messieurs, la tumeur avec sa forme, sa consistance, son siège, ses rapports. Ajoutons un autre caractère : le toucher chirurgical; cette œil a une tension inférieure à la normale, il est hypotone, signe important; en effet, toutes les fois qu'une tumeur naît dans l'intérieur de l'œil, le tonus de

---

Les sujets de genre tiennent comme toujours une grande place, et beaucoup mériteraient plus qu'une simple mention. L'un d'entre eux se rattache à la médecine au moins par un petit côté, c'est : *Le Malade imaginaire*, de M. Vibert, symphonie en rouge et en bleu, avec tout juste assez de noir pour faire valoir les couleurs brillantes. Assis sur un fauteuil rouge, le malade, d'écarlate habillé, s'appuie sur un coussin rouge et est abrité par un parasol ponceau; quatre rouges qui se détachent les uns sur les autres, sans parler de celui qui luit sur la figure du bonhomme regardant, d'un œil béat, arriver son déjeuner; ce dernier lui est apporté par une belle dame bleue coiffée à la Maintenon. L'ensemble de la composition frappe l'œil et retient le public, peut-être y a-t-il un peu de sécheresse dans l'expression trop cherchée des personnages, dans le rendu très soigné de tous les détails; cependant, c'est là un joli tableau.

Nous ne pouvons malheureusement que citer la *Chanson de la mariée*, par M. Jean Brunet; le *Jeu à l'école* de M. Truphème, une très jolie marine de M. Norman : *Vue de Steene-Lofoten*, et les paysanneries de M. Jules Breton, qui ont toujours le même charme. *A la frontière*, de M. Remy Cogghe, est un gai petit tableau qui nous montre des douaniers tâtant les jambes de jeunes paysannes sous le prétexte de vérifier si elles n'ont rien de caché sous leurs jupes. Mentionnons encore les *Ciseleurs* de M. Bourgognier, les *Sept troubadours* de M. J.-P. Laurens, et enfin *Un déjeuner*, portrait d'un délicieux petit cochon, par M[lle] Trévor, qui peint d'une façon charmante.

Que de portraits! chaque année il y en a quelques-uns de plus. M. Bonnat continue la série des portraits de présidents par celui de M. Carnot. Les quelques fois où il nous

cet œil monte, il devient glaucomateux. Manthner a insisté avec raison sur ce fait clinique; il est vrai dans la plupart des cas. Ce signe, joint aux précédents, nous permettra de dire que toutes les probabilités sont en faveur d'une tumeur extra-oculaire, sans pouvoir toutefois l'affirmer. Une autre raison me porte encore à le croire : toute tumeur née dans l'intérieur de l'œil ayant perforé la sclérotique et étant devenue externe contient du pigment. Il y a quelques mois, un malade m'était envoyé d'Angers avec un sarcome en nappe au côté externe de la sclérotique; il était noir comme une truffe, bien qu'il appartînt à la variété dite leucosarcome. Ces tumeurs décèlent leur origine première par un élément qui n'est que dans l'intérieur de l'œil : le pigment. Ici rien de semblable.

Autre chose, Messieurs : les tumeurs intra-oculaires perforent le limbe scléro-cornéen et s'étalent en forme de champignon nettement limité; chez notre malade, nous avons plutôt une nappe qu'une tumeur saillante et arrondie avec son pédicule.

Quand j'ai vu le malade pour la première fois, samedi dernier, il n'avait que cette tumeur ; aujourd'hui une nouvelle production analogue s'est faite à la partie supéro-interne de l'œil, moins étendue, moins vaste, mais de même nature. Cette seconde tumeur change tout à fait le diagnostic. En effet, avec une tumeur unique, arrondie, bien limitée, demi-transparente, fluctuante, on pouvait croire qu'il s'agissait d'un kyste à cysticerques, situé sous la conjonctive : affection rare en France, mais fréquente dans l'Allemagne du Nord où l'on mange beaucoup de porc peu cuit. Les œufs du tænia, parvenus dans l'estomac, sont attaqués par le suc gastrique, leur coque calcaire est dissoute, l'embryon hexacanthe, mis en liberté, pénètre dans le torrent circulatoire et peut s'arrêter aussi bien dans les artères de la rétine et de la conjonctive que dans celles du foie de la rate ou des os.

Ce diagnostic de kyste à cysticerques, fait par des hommes compétents à qui j'avais montré le malade, était soutenable; pourtant je ne l'ai point adopté. Ce qui m'a fait hésiter, c'est l'iritis, ce sont les troubles du vitréum

---

a été donné d'apercevoir le président, nous lui avons trouvé l'air aimable; M. Bonnat lui a donné l'allure d'un conspirateur. Evidemment l'exécutif, poursuivi par le spectre de Boulanger qui vient d'être élu quelque part, se demande quelles mesures il faut prendre pour sauver la République. Peut-être aussi le talent de M. Bonnat a t-il un peu subi l'impression de celui de Caran d'Aché; nous nous refusons à penser à une imitation voulue qui ne serait pas digne d'un grand artiste comme l'est M. Bonnat. Le portrait de femme qu'il a envoyé est, du reste, un de ses meilleurs, bien que la vicomtesse de C... doive bien regretter d'avoir les bras aussi violets.

Le portrait d'homme qu'a exposé M. F. Lefebvre met en valeur tout le talent de l'artiste, qui a su donner une grande énergie à son personnage, bien qu'en peignant un homme du monde correct. M. Alma-Tadema nous donne le portrait de M. Jules de Soria, un des plus beaux du Salon. Son modèle, vu de profil, croise les mains sur sa poitrine; la tête est modelée d'une façon merveilleuse, en même temps que la couleur est chaude, sans exagération de tons, sans effets forcés. Cette petite toile marquera dans l'œuvre du peintre et n'a pas reçu de la grande critique les éloges qu'elle méritait. Nous signalerons encore avec plaisir le portrait de M. A. S..., par Cabanis; l'habit est fort bien peint et la tête expressive.

La sculpture nous offre comme toujours peu à glaner au point de vue médical ; ce sont surtout des portraits que nous avons à citer : M. le docteur Becason, par M. Carion; M. le professeur Chauveau, par M. Allouard; M. Pasteur, par M. P. Dubois; M. le docteur Fauvel, par M. Devaux, etc. Il nous faut aussi signaler l'*Artiste de l'âge de la*

qui accompagnent la chorio-rétinite syphilitique. Et d'ailleurs, notre malade étant un syphilitique avéré, ne peut on pas songer à une autre affection? Ne pourrions-nous avoir affaire à une episclérite gommeuse? C'est une tumeur molle, fluctuante, s'accompagnant de phénomènes inflammatoires ; et précisément le malade dit qu'il a toujours eu l'œil rouge, ce qui cadre bien avec notre idée. Donc, coïncidence de syphilis, lésion concomitante de l'œil (iritis), caractère de la lésion qui nous occupe, telle est la triade symptomatique sur laquelle je me fonde pour faire mon diagnostic ; diagnostic dont l'importance est capitale au point de vue du traitement. La nouvelle production symétrique qui s'est faite en trois jours vient encore me confirmer dans mon idée. En résumé, je vous dirai que nous avons 90 ou 95 chances p. 100 d'avoir affaire à de la syphilis, tout en faisant une petite réserve pour le cysticerque.

Maintenant quelle est la conduite à tenir? En ville, Messieurs, j'instituerais un traitement par le mercure et l'iodure de potassium, et si tout ce que je viens de vous dire est exact, vous auriez la grande satisfaction de guérir ce malade sans intervention chirurgicale.

Ici, que devons-nous faire? Le même traitement. Mais une incision exploratrice va nous donner tout de suite un diagnostic précis; nous allons curer cette petite tumeur et l'examen des produits que nous retirerons nous montrera si nous avons affaire à une gomme.

— L'opération a été faite, mais la tumeur était bien moins volumineuse qu'on ne pouvait le supposer, elle consistait plutôt en une ectopie ou un boursoufflement de la sclérotique ; aussi, cette membrane a-t-elle été perforée et un peu de vitréum s'est-il écoulé.

Aucune complication n'en est résultée. Après un mois de traitement, le malade a quitté l'hôpital très amélioré, les tumeurs s'étaient affaissées, l'acuité visuelle était meilleure, il était en pleine voie de guérison, ce qui prouve bien que l'on avait affaire à une lésion syphilitique.

---

pierre taillée, par M. P. Richer, dont le talent d'activité est connu de tous. Les sculpteurs ont fait, cette année, un grand effort et plusieurs des œuvres qui sont aux Champs-Elysées ont obtenu un légitime succès : telle la *Femme au paon* de M. Falguière, une Junon parisienne charmante et bien vivante; telle la *Diane* de M. Renaudot. La *Sirène* de M. Puech enlace sa victime d'un mouvement charmant, c'est une œuvre delicate qu'il est impossible de ne pas citer, non plus que le *Tanagra* de M. Gérôme, qui a teinté discrètement sa statue et a conquis du premier coup un grand nombre de partisans à la coloration des marbres. Nous terminerons en citant l'*Eve* de M. Cordier, figure très étudiée, où l'on retrouve l'impeccable anatomie du sculpteur amoureux de son art.

*
* *

Notre rédacteur en chef ne nous accorde plus qu'une demi-page et il faut parler du salon du Champ-de-Mars ! Heureusement que, si le talent y foisonne, les sujets médicaux y sont rares.

Nous ne trouvons à citer que deux ou trois toiles. Le Sainte-Claire-Deville de M. Lhermitte nous montre le maître dans son laboratoire, entouré de ses élèves ; la composition de l'ensemble est agréable et les têtes fort ressemblantes. M. Blanche fait du pastel avec de l'huile ; nous ne pouvons que regretter de voir le docteur Blanche ainsi portraicturé et avouons franchement qu'il nous est impossible de comprendre cette nouvelle peinture.

Il est vrai que nous sommes prodigieusement en retard, puisque la peinture de

Traitement de la Phtisie par l'air surchauffé (Méthode du Dr Weigert, de New-York)

CLINIQUE : 18, RUE DE LA CHAUSSÉE-D'ANTIN

TABLEAU DES CAS TRAITÉS A LA CLINIQUE, DU 5 AVRIL AU 15 JUIN 1890

NOMS PROFESSIONS SYMPTOMATOLOGIE DIAGNOSTIC	TOUX EXPECTORATIONS	HÉMOPTYSIES	SOMMEIL TRANSPIRATIONS	APPÉTIT POIDS	ÉTAT BACILLAIRE	CONTINUATION DU TRAITEMENT *Du 17 Mai au 15 Juin* OBSERVATIONS
Mme Bou..., 31 ans, couturière. Bronchite tuberculeuse. Traitement: du 7 avril au 12 mai.	Toux quinteuse, expectoration purulente le matin. Aux premiers jours du traitement, la toux diminue et les crachats deviennent rares et spumeux.	Hémoptysies fréquentes; la dernière 2 jours avant le traitement. Du début du traitement au 17 avril, pas d'hémoptysies. Le 17 avril, quelques crachats teintés au moment des règles, qui persistent pendant toute leur durée.	Sommeil meilleur. Sueurs disparues	Appétit bon. 5 avril : 55 k. 3 — 56 100. 9 mai : 56 600.	L'examen n'a pas été fait.	Du 5 avril au 27 mai : cette malade, très sujette aux hémoptysies, les a vu diminuer et pour ainsi dire disparaître sous l'influence du traitement. Du 17 mai au 15 juin : a acheté l'appareil et vient de temps en temps donner de ses nouvelles; l'amélioration continue.
Mme W..., cuisinière, 26 ans. Phtisie, laryngite. — Aphonie. Râles humides aux deux sommets. Traitement : du 15 avril au 15 juin.	Toux fréquente le matin, crachats purulents. Après trois jours de traitement, la toux diminue pour disparaître presque complètement au bout de dix jours. Rares crachats spumeux le matin.	Vingt jours après l'entrée à la clinique, trois crachats sanguinolents arrêtés par l'inhalation; le lendemain, quelques crachats striés. Les crachements de sang n'ont plus reparu.	Fièvre vespérale. Sueurs irrégulières. Le sommeil, agité, redevient calme au bout de huit jours d'inhalation.	Appétit médiocre, augmente sensiblement à partir du 25 avril. 12 avril : 55 k. 30 — 55 600. 12 mai : 55 900. 21 — 56	L'examen n'a pas été fait.	Du 17 mai au 15 juin : l'amélioration a persisté en s'accentuant, si bien qu'elle se sent guérie; elle dort bien, mange bien, tousse très peu. A l'auscultation, plus de traces d'engorgement à gauche; à droite, un peu de rudesse de la respiration, sans sibilances ni râles muqueux.
M. Th. Kh..., menuisier, 32 ans. Ramollissement du sommet gauche. Traitement : du 15 avril au 20 mai.	Toux, expectoration le matin; crachats muco-purulents. Au bout de trois jours, toux du matin moins fréquente, presque nulle au bout de dix jours; crachats spumeux aérés	Considérables, d'une durée d'un mois, à deux reprises, et de quinze jours, une troisième fois. Les inhalations n'ont déterminé aucune hémoptysie chez ce malade très prédisposé.	Sueurs irrégulières. Le sommeil, troublé par les quintes avant le traitement, est devenu calme.	L'appétit, qui était assez bon avant le traitement, a notablement augmenté. 15 avril : 68 k. 100. 30 — : 68 300. 20 mai : 69 200.	L'examen n'a pas été fait.	Héréditaire. Chez ce malade l'amélioration est sensible, régulière et la modification des signes sthétoscopiques très marquée. Ce malade a été obligé de reprendre son travail à partir du 25 mai : a quitté la clinique à regret, car il ressentait les bienfaits du traitement.
M. Jean B..., garçon brasseur, 36 ans. Laryngo-bronchite. Induration et ramollissement des deux sommets.	Toux quinteuse fréquente, surtout la nuit. Crachats muco-purulents.	Néant.	Suppression des quintes de nuit; sommeil après deux jours de traitement. Pas de transpirations nocturnes	Appétit satisfaisant. 15 avril : 83 k. 900. 30 — 84 200. 10 mai : 84 300. 27 — 86 100. 15 juin : 86 300.	L'examen n'a pas été fait.	L'amélioration s'est toujours accentuée. Actuellement, 7 juin, les râles humides ont disparu, quelques ronchus avec respiration *rude, à gauche surtout. Le malade reprend son travail le 15 juin.*
M. T... (Guillaume), 40 ans, employé. Engorgement des deux sommets, craquement des deux côtés, râles muqueux à gauche Traitement : du 26 avril au 15 mai.	*Toux et expectorations abondantes.*	*Hémoptysie considérable le 20 avril*; crachats nageant dans du sang pur. Ergotine à haute dose.	*Sueurs nocturnes.*	Pas d'appétit; se nourrissant d'œufs crus exclusivement lors de son entrée à la clinique. Appétit réveillé dès le 4 mai. 26 avril : 56 k. 200 10 mai : 56 200. 7 juin : 56 200.	26 avril : bacilles nombreux. 30 avril : bacilles plus rares. 15 mai : plus de bacilles. 26 mai : rien.	L'hémoptysie qu'il présentait à son entrée à la clinique n'est pas reparue; il dort bien, tousse beaucoup moins, se trouve beaucoup mieux ; il fait de longues courses à pied sans fatigue. Jusqu'au 15 juin l'amélioration s'est accentuée.
Mme Fouf..., couturière, 43 ans. Matité aux deux sommets, cavernes, craquements. Traitement : du 22 avril au 10 mai.	Début : il y a trois ans, par coqueluche.	Abondante du 5 avril au 10 avril. Trois crachats sanguinolents au troisième jour.	Fièvre; sueurs nocturne abondantes; sommeil coupé par des quintes. Au cinquième jour du traitement, sommeil, disparition des sueurs.	L'appétit reparaît au troisième jour du traitement. L'amaigrissement qui avait été considérable, s'arrête. 22 avril : 64 k. 6 mai : 64 k. 600. 7 juin : 65	22 avril : bacilles nombreux. 26 avril : pas de bacilles. 8 mai : pas de bacilles. 3 juin : rien.	Disparition des bacilles, constatée sur 12 plaques; état général relevé; engraissement caractéristique. L'amélioration s'accentue du 17 mai au 15 juin; n'a signalé qu'une fois un crachat strié.
Mlle P... (Albertine), couturière, 33 ans. Admise à l'hôpital de la Pitié, il y a 6 ans, avec le diagnostic « Tuberculose, engorgement du poumon droit ». Traitement : du 19 avril au 12 mai.	Oppression nuit et jour; toux, crachats muco-purulents le matin.	Considérable il y a 3 ans; expectorations teintées, réitérées, mais pas depuis un an.	Pas de sueurs; sommeil passable, interrompu par quintes dans la deuxième partie de la nuit.	Amaigrissement considérable; règles insignifiantes. 19 avril : 56 k. 900. 3 mai : 57 12 — 57 100. 7 juin : 57 100.	21 avril : bacilles. 5 mai : rien. 9 — rien 3 juin : quelques bacilles.	Va de mieux en mieux; de temps en temps seulement, la malade signale une quinte de toux au milieu de la nuit. La réapparition des bacilles n'a pas arrêté l'amélioration de l'état général.
M. J. Th.., employé, 41 ans. Tuberculose généralisée dans les deux poumons. Traitement : du 28 avril au 17 mai.	Toux fréquente nuit et jour; expectoration peu abondante.	Pas d'hémoptysies.	Sueurs nocturnes; fièvre vespérale, sommeil interrompu.	Appétit médiocre, se réveille rapidement sous l'influence des inhalations. 28 avril : 57 k. 400 12 mai : 58 300. 7 juin : 58 900.	29 avril : bacilles nombreux. 5 mai : rien. 17 — rien. 31 — rien.	L'amélioration s'est accentuée. Le malade respire librement, peut faire 5 à 6 kilomètres à pied, sans oppression ni fatigue, dort et mange bien. Plus de râles en arrière, quelques-uns en avant, la respiration est moins rude. Le Dr Dibot a constaté cette amélioration.
Mme W... Fidelin, cuisinière, 30 ans. Craquements aux deux sommets. Traitement : du 30 avril au 17 mai.	Toux fréquente; expectoration le matin.	A craché le sang six fois dans le courant de l'année dernière.	Sueurs nocturnes; sommeil troublé par une douleur de côté, à droite.	Appétit médiocre. 30 avril : 49 k. 12 mai : 48 900.	29 avril : bacilles. 5 mai : rien. 17 mai : rien.	A quitté la clinique le 20 mai, pour suivre ses maîtres à la campagne, au moment où l'on constatait une amélioration sensible.
M. B... (Auguste), 15 ans, sans profession. Ramollissement du sommet droit, souffle d'induration à gauche. Traitement : du 29 avril au 12 mai.	Toux quinteuse provoquant les vomissements après les repas Crachats purulents abondants.	Pas d'hémoptysie.	Sueurs nocturnes, fièvre vespérale avec frissons; mauvais sommeil.	Appétit nul. 29 avril : 42 k. 700. 13 mai : 42 900.	1er mai : rien à l'examen microscopique. 7 mai : *idem.*	N'est plus venu à la clinique. A partir du 25 mai très grande amélioration dans tous les symptômes.

Nous donnons dans ce tableau la suite des observations déjà publiées dans l'*Union médicale* du 22 mai, pour que nos lecteurs puissent être édifiés sur l'action du traitement de Weigert, lorsqu'il est prolongé.

Depuis le 17 mai, 68 malades nouveaux ont été inscrits à la Clinique. Chez tous une amélioration notable a été constatée, même chez quatre d'entre eux où cependant l'état bacillaire n'a pas été modifié.

Il suffira de jeter les yeux sur ce tableau pour se convaincre que le traitement par l'air surchauffé est d'une *efficacité incontestable* et *qu'en aucun cas il n'est nuisible.*

C'est la meilleure réponse que nous puissions faire aux attaques dont la méthode de Weigert a été l'objet dans une des dernières séances de l'Académie.

D[r] A. Filleau.

P. S. — Contrairement aux assertions du *Bulletin de thérapeutique* du 15 juin, aucun de nos malades, en traitement depuis le 4 avril, c'est-à-dire 75 jours environ, n'a vu son état empirer ; loin de là, l'amélioration s'est toujours accentuée.

Il est loisible à chacun de venir contrôler nos observations et interroger nos malades.

Travaux de la Faculté de Lyon

Contribution a l'étude du corps thyroïde, par le docteur Louis Orcel. — Lyon, 1889.

Le travail inaugural de M. Orcel contribuera à jeter le plus grand jour sur l'histologie des tumeurs du corps thyroïde, sujet très controversé jusqu'à présent.

Le corps thyroïde contient des tissus divers, l'épithélium des vésicules, le tissu conjonctif qui sépare et unit les acini, les nerfs et les vaisseaux, tant sanguins que lymphatiques. Chacun de ces tissus peut devenir l'origine d'une tumeur maligne. Comme le fait remarquer l'auteur, c'est là l'application à un cas particulier des lois générales posées par M. Bard, les tumeurs ne sont que des monstruosités du développement cellulaire dans lesquelles les cellules continuent à obéir à la loi de spécificité et à reproduire leur type atavique. La spécificité cellulaire entraîne la spécificité des tumeurs et la cellule est spécifique par son anatomie, sa physiologie et son évolution. Il faut donc tenir compte du mode de groupement des cellules, des sécrétions, des évolutions dont sont

---

M. Puvis de Chavanne elle-même nous laisse froid. La médecine tient probablement sa place dans le grand panneau du maître, destiné au musée de Rouen. Nous disons probablement, car les allégories de M. Puvis de Chavanne sont parfois tellement nuageuses que nous ne sommes pas bien sûr de nos attributions. Des personnages qui n'ont jamais vécu se promènent gravement dans une Normandie aussi peu normande que possible : elle n'est pas verte et les arbres n'y sont pas des pommiers. Maintenant, comme nous l'a dit un de nos plus éminents critiques d'arts, le Puvis de Chavanne, c'est de la poésie et tout le monde n'est pas à la hauteur des poètes

Que de noms se pressent sous notre plume : Carolus Durand, Stevens, Ribot dont la peinture rappelle si bien celle des vieux maîtres, Brunin (d'Anvers), Besnard qui trouve moyen de mettre sur un corps de femme toutes les couleurs de l'arc-en-ciel et bien d'autres, peintres délicats ou impressionnistes impénitents amoureux du coup de tamtam. Il faut terminer, mais nous voulons le faire sur un grand nom, celui de Meissonier ; on peut regretter la scission qu'il a provoquée dans la Société des artistes, déplorer son caractère peu facile, il est impossible de ne pas admirer son talent impeccable, dont le *1806* qu'il expose au Champ-de-Mars est une des plus belles manifestations.

P. Noreck.

susceptibles les cellules ancestrales. La cellule thyroïdienne a des caractères nets et il y a eu *épithélioma thyroïdien.*

Tous les tissus et rien que les tissus qui entrent dans la composition du corps thyroïde peuvent être le point de départ de tumeurs reproduisant leur tissu d'origine.

Se basant sur ces données, M. Orcel distingue les tumeurs du stroma et les tumeurs épithéliales ; les unes ou les autres peuvent être bénignes ou malignes. Il ne s'occupe, du reste, que des secondes.

Le premier est le *type interstitiel.* La tumeur présente çà et là des vestiges de la glande thyroïde normale et par places quelques globes jaunes ; la masse est composée par des cellules fusiformes en faisceaux parallèles répondant au type du cancer conjonctif.

M. Orcel n'a pas observé de tumeurs lymphatiques, vasculaires ou nerveuses ; elles ne doivent pas, du reste, offrir de particularités.

Les cancers du *type glandulaire* sont les plus fréquents. Ils comprennent la plupart des tumeurs décrites sous le nom de squirrhe, d'épithélioma, etc.

Les tumeurs provenant de l'épithélioma thyroïdien se distinguent par les caractères des cellules de la glande. Ces cellules sont petites, cubiques à l'âge adulte, grosses, polyédriques à leur étape moyenne, rondes à gros noyaux, si elles sont embryonnaires. Elles présentent peu de protoplasma.

Les cellules thyroïdiennes sont caractérisées surtout par leur groupement en nids arrondis et par l'apparition de la substance colloïde dans ces nids. A côté de la prolifération épithéliale, il y a, en certains points, un tissu conjonctif peu riche en cellules, vestige du stroma préexistant, et, en d'autres points, un processus réactionnel lié à la prolifération épithéliale. La proportion relative des cellules thyroïdiennes, des globes jaunes, du stroma, permet de distinguer l'étape évolutive de chaque tumeur en particulier. Suivant l'aspect des tumeurs, on a ce que les auteurs appellent sarcome globo-cellulaire, carcinome encéphaloïde, épithéliome tubulé, carcinome à dégénérescence colloïde, polyadénome.

Les tumeurs secondaires filles reproduisent le type de la tumeur primitive selon la loi posée par M. Bard. D'après ce dernier, l'origine du cancer thyroïdien est unicellulaire. Sous une influence inconnue, une des cellules d'une vésicule thyroïdienne prolifère et envoie, dans les espaces interacineux, des boyaux cellulaires pleins composés d'éléments jeunes et au sein desquels apparaît de la matière colloïde diffuse ou collectée. Les vésicules anciennes sont repoussées et atrophiées.

Nous avons tenu à résumer brièvement la partie anatomo-pathologique du travail de M. Orcel où se trouvent appliquées les théories de M. le professeur Bard sur la pathogénie des tumeurs. Ces théories, basées sur la loi de la spécificité cellulaire, permettent d'expliquer un grand nombre de faits restés obscurs jusqu'à présent. — P. Ch.

REVUE DES JOURNAUX

Le bacille de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx, par le docteur Ricardo Botey. (*Revue de laryngologie,* 1889, 22.) L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La présence des bacilles de Koch dans les sécrétions du larynx n'indique pas nécessairement la tuberculose de cet organe, car ils peuvent être le fait de la tuberculose pulmonaire;

2° L'absence de ces bacilles dans ces sécrétions n'implique pas la négation de la tuberculose du larynx dans les cas douteux;

3° On ne trouve presque jamais le bacille de Koch sur les larynx tuberculeux quand il n'existe pas encore d'altérations pulmonaires graves, bien qu'on trouve presque toujours ce microbe dans les crachats provenant de la poitrine des phthisiques;

4° Le bacille de Koch est donc une très faible ressource comme élément de diagnostic dans la phthisie chronique du larynx et ne peut probablement être de quelque utilité que dans la tuberculose miliaire aiguë de la gorge et du larynx;

5° Il est possible que l'inoculation des sécrétions du larynx tuberculeux aux cobayes (surtout en série, si on a le loisir de le faire) devienne réellement le meilleur moyen de contrôle dans les cas difficiles à diagnostiquer. — P. N.

Du traitement des différentes formes de rhumatisme. (*Courrier médical*, 1889, 48.) — C'est une apologie de la médication salicylique que le mémoire du docteur W.-N. Maccall. Il considère cette dernière comme le meilleur remède de la douleur, mais il la regarde aussi comme d'une faible utilité contre l'hyperthermie et pour la prévention des troubles cardiaques et des rechutes. De plus, à son avis, et après vingt-cinq années d'expérience clinique, il déclare que les salicylates n'abrègent pas la durée de la maladie.

Il recommande l'administration du salicylate de soude par prises de 1 gramme répétées toutes les heures pendant deux ou trois heures, suivant les circonstances. On doit en continuer l'emploi, mais à doses moindres, pendant les huit ou dix jours qui suivent la disparition de la douleur et la chute de la fièvre. Chez l'enfant, l'antipyrine peut, ajoute-t-il, lui être avantageusement substituée; mais par contre, chez l'adulte, la salicine et le salol ne sont utiles que si les salicylates échouent. — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend :

1° Des considérations sur les vaccines jennériennes et animales, par le docteur E. Jolly.

2° Des plis cachetés adressés par MM. Rottenstein, Duval, Laborde, Massy et Babès.

MM. Herrgott et Bourguet sont nommés associés nationaux.

— M. Laborde expose le *traitement préventif des accidents de la chloroformisation.* Il faut d'abord diminuer la sensibilité périphérique afin d'empêcher les réflexes qui prennent leur origine dans le larynx et le nez. Dans les laboratoires, la morphine réussit assez bien à diminuer la sensibilité réflexe. On a dit qu'elle prédisposait à la syncope. M. Laborde pense que cela ne se produit que rarement et que les médecins doivent reconnaître les malades chez lesquels elle est contre-indiquée.

La narcéine, que Rabuteau a proposée, est difficile à manier parce qu'elle est insoluble. MM. Laborde et Duquesnel en ont proposé une qui est soluble et est aussi active. Avec ce moyen, on obtient, chez les animaux, un sommeil tranquille et il permet de pousser très loin l'anesthésie chez les animaux les plus sensibles au chloroforme, tels que le lapin. On pourrait encore diminuer la sensibilité périphérique en badigeonnant la pituitaire, le larynx et l'arrière-gorge avec de la cocaïne. On n'a pas à craindre les accidents dus à l'absorption et le réflexe est aboli. M. Laborde propose d'agir ainsi lorsque l'on craindra une syncope cardiaque ou respiratoire.

Il semble que l'on doive chercher à agir directement pour diminuer l'excitabilité du pneumogastique et du centre modérateur du cœur. Le curare ne peut être employé dans ce but, mais il n'en est pas de même de la morphine. Cette substance a été conseillée par Dastre et Morat depuis longtemps. Mais ces chirurgiens l'emploient à dose trop faible pour agir sur le nerf, et quand on l'administre à dose suffisante, elle réussit, il est vrai, fort bien, mais devient alors dangereuse. Aussi M. Laborde préfère-t-il ne se servir que de morphine seule ou de narcéine, l'atropine à dose faible n'agissant que comme antidote de la morphine.

M. Laborde recherche ensuite les moyens de combattre les accidents tardifs de la chloroformisation, ceux qui résultent de l'absorption du toxique. Il y a d'abord suspension de la respiration et ensuite suspension du cœur. Pour éviter la syncope respiratoire, il faut administrer des mélanges titrés selon la méthode de Paul Bert. Le cor-

net des médecins de marine est aussi très utile parce que l'anesthésique est versé loin de la bouche et ne pénètre dans les poumons qu'avec une grande quantité d'air. L'appareil de Paul Bert a été modifié d'une façon heureuse dans ces derniers temps, et M. Laborde en recommande absolument l'emploi.

Il faut surveiller continuellement la respiration et le pouls. Pour que cette surveillance soit efficace, l'usage des pneumographes et cardiographes est indispensable, et on peut s'apercevoir ainsi du moindre trouble.

— M. Féréol lit un rapport sur la communication de M. Glénard relative à l'*exploration du foie dans le diabète*. Le procédé d'exploration dit *du pouce* est fort utile. Il regarde les conclusions générales de M. Glénard comme un peu exagérées, car il est possible que les diabétiques qu'il a observés dans une station thermale soient précisément ceux dont le foie était atteint. Il n'y a pas un diabète, mais plusieurs diabètes, et ils ne tirent pas tous leur origine du foie. M. Féréol admettrait volontiers qu'il existe un diabète vrai tenant à une lésion du foie causée par l'alcool.

FORMULAIRE

Pommade contre le prurigo. — Kaposi.

Acide borique	) ââ 10 grammes.
Cire blanche	)
Paraffine	20 —
Huile d'olives	60 —

F. s. a. une pommade, recommandée contre le prurigo, lorsqu'il se complique d'une éruption de pustules ou d'un eczéma étendu. — Aux malades débilités ou strumeux, on prescrit l'huile de foie de morue, le quinquina et les toniques. — Kaposi et Besnier ont souvent noté une atténuation des symptômes du prurigo, à la suite de l'administration interne de l'acide phénique, qu'ils ont prescrit à la dose de 1 gr. 20 à 1 gr. 50 dans les 24 heures. — N. G.

COURRIER

Traitement hygiénique des enfants scrofuleux. — Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris vient de prendre une décision importante au sujet du traitement des enfants scrofuleux par les bains de mer.

La station de Berck, qui reçoit 1,500 malades par an, ayant été reconnue insuffisante, le Conseil a été appelé à examiner s'il n'y aurait pas utilité à tenter l'envoi de petits malades parisiens dans les stations maritimes du Midi de la France et dans certaines stations thermales ; il a été d'avis qu'un essai, dans ce sens, pouvait être fait, et l'administration vient de commencer l'expérience en affectant au traitement d'un certain nombre d'enfants dans diverses stations balnéaires une partie des fonds provenant du produit du pari mutuel.

Les stations qui ont été choisies sont : Banyuls-sur-Mer, Salins-du-Jura, Salins-Moûtiers (Savoie) et Salies-de-Béarn. Dans cette dernière localité, l'administration a installé un petit établissement provisoire.

Les enfants sont partis il y a quelques jours.

Ajoutons qu'au mois d'octobre des petits malades seront envoyés à Cannes, où ils passeront l'hiver. (*Bull. méd.*)

Vente de médicaments par un médecin dans une localité pourvue d'une officine ; acquittement. — Un médecin, M. P..., domicilié à Saint-Eusèbe (Saône-et-Loire), commune où il n'existe pas de pharmacie, jouissait, en vertu de l'exception édictée par l'article 27 de la loi de germinal, du droit de fournir des médicaments à ses malades ; il ne se bornait

pas à en vendre à ceux qui habitaient sa commune, ainsi qu'à ceux qui venaient le consulter chez lui des communes voisines, mais encore il en délivrait aux malades demeurant à Montchanin, où se trouve l'officine de M. D... Ce dernier lui intenta un procès, et le tribunal de Chalon-sur-Saône a acquitté le prévenu par jugement en date du 31 janvier 1890.

Ce jugement est en opposition formelle avec la jurisprudence, et particulièrement avec un arrêt de cassation remontant au 20 janvier 1855, et nous ne saisissons pas les motifs qui ont pu inspirer la décision des magistrats de Chalon-sur-Saône, attendu que les raisons d'humanité sur lesquelles on s'appuie pour justifier le droit exceptionnel accordé aux médecins par l'article 27 de la loi de germinal n'existent pas lorsque le médecin délivre des médicaments à des malades domiciliés dans une localité où il existe une officine. (*Répertoire de pharmacie*, 10 mai 1890.)

Ajoutons que la Cour de Dijon a confirmé le jugement du tribunal de Chalon-sur-Saône, par un arrêté en date du 10 mars 1890.

École de santé de la marine. — Nous relevons, dans le compte rendu de l'une des séances du Conseil municipal de Bordeaux (28 mai), le passage suivant relatif à l'Ecole de santé navale : M. le maire donne lecture d'une lettre par laquelle le ministre de la marine l'informe qu'à la suite de l'examen fait par les délégués de son département dans les différentes villes qui s'étaient mises en instance pour obtenir l'Ecole de santé de la marine, il a été reconnu que la ville de Bordeaux réalisait, à divers points de vue des conditions favorables pour l'installation de l'Ecole. M. le ministre demande que le Conseil vote aujourd'hui une délibération modifiant les propositions déjà faites par la ville. « En conséquence, le Conseil vote, sur la proposition de l'administration, la délibération suivante : 1° La ville prendra annuellement à sa charge quinze bourses avec trousseaux, réparties sur les trois années; 2° Chaque année une somme de 8,500 francs sera allouée à l'Ecole, de façon à libérer la Ville de toutes dépenses contributives d'éclairage, de chauffage, d'entretien locatif de l'immeuble et des réparations courantes du mobilier. » — Cette fois, il n'y a plus à en douter; c'est bien Bordeaux qui l'emporte sur Montpellier et sur Marseille. L'Ecole du service de santé de la marine aura son siège établi dans notre ville. Toutes nos félicitations à l'administration et au Conseil municipal. (*Journal de médecine de Bord.*)

Congrès international de médecine de Berlin en 1890. — Le ministre de l'intérieur a désigné pour représenter le département de l'hygiène au 10e Congrès international de médecine qui se tiendra, du 4 au 9 août prochain, à Berlin, M. le docteur Proust, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires; M. le docteur Netter, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et M. le docteur Valude, à l'hôpital des Quinze-Vingts.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Les Capsules Dartois constituent le meilleur mode d'administration de la créosote de hêtre contre les *bronchites* et *catarrhes chroniques* et la *phthisie.* 2 ou 3 à chaque repas.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :
LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

La Société de biologie a entendu une nouvelle communication de M. le professeur Brown-Séquard sur l'action des injections de liquide testiculaire, pleine de détails intéressants, comme celle qui, il y a plusieurs mois, a si fort excité la curiosité du monde entier. L'éminent savant s'est plaint des railleries dont il avait été l'objet de la part de la presse médicale, et comme je crois bien que l'*Union* a pris sa part de ce péché, il est juste qu'elle fasse aujourd'hui amende honorable et qu'elle insère, en guise de rectification, les nouveaux résultats obtenus.

Ceux-ci ne sont d'ailleurs que la confirmation des premiers. Mais la suite de l'observation personnelle de M. Brown-Séquard mérite d'être rapportée.

« Vous savez tous, dit-il, l'enthousiasme excessif que la vulgarisation de ces conclusions, plus ou moins bien comprises, souleva parmi les valétudinaires de tout ordre.

« Je m'étais fait une loi, que je n'ai pas transgressée, de m'abstenir personnellement de toute application de mes recherches sur un malade quelconque; ce ne fut pas sans peine, car je dus bientôt fuir devant la marée envahissante des sollicitations et des solliciteurs, prenant d'assaut la loge

FEUILLETON

CAUSERIE

Le dixième Congrès international des sciences médicales, à Berlin.

Chacun à peu près a dit son mot sur la question, en France et à l'étranger. A l'étranger surtout, où bon nombre de journaux de médecine ont si fort blâmé l'abstention que les médecins français paraissaient disposés à garder à l'égard de ce Congrès, que le syndicat de la presse médicale française a cru devoir se réunir et décider que nos compatriotes devaient aller au Congrès de Berlin. Assurément, c'est une manière comme une autre d'aller à Berlin, mais que je n'aime guère, après la conduite tenue par les médecins allemands vis-à-vis de nos Congrès scientifiques internationaux de 1889. On a beau nous dire que ces messieurs sont venus en grand nombre. Ce n'est pas exact. Ils y sont venus en petit nombre, très petit nombre, et on n'y a pas vu un seul des membres du comité d'organisation du futur Congrès de Berlin. Où était, entre autres, le président de ce comité, l'éminent professeur Virchow? Qui l'a vu dans ces Congrès? Cependant il était venu, en 1878, au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, où, si je ne me trompe, la section d'anthropologie, ayant à sa tête le professeur Broca, lui a offert un banquet. Qui l'a empêché de revenir en 1889? Ce n'est, certes, pas le mauvais accueil qu'il avait reçu en 1878.

de mon concierge. Je me réfugiai en Angleterre, dans un endroit parfaitement ignoré, où je pus vivre en repos. Pendant cette période, qui dura trois mois, je ne pratiquai aucune nouvelle injection, et je pus, dès lors, analyser la marche ultérieure des bénéfices que j'avais retirés de mes premières expériences.

« Pendant les six premières semaines qui suivirent mes injections, il ne me parut pas qu'il se produisît la moindre diminution dans mon rajeunissement; mais, au bout de ce temps, les bénéfices s'atténuèrent; ce fut d'abord la capacité de travail qui diminua, puis la force musculaire; la puissance du jet d'urine, les fonctions intestinales, redevinrent peu à peu ce qu'elles étaient avant les injections. Cependant je n'en pratiquai pas de nouvelles, et quand, atteint d'une coqueluche violente, je dus partir pour Nice, où je passai l'hiver, je n'avais nullement l'intention d'y avoir recours dans un avenir prochain. Mais mon état de faiblesse augmentant sous l'influence de la maladie, je résolus d'employer un moyen qui m'avait déjà si bien réussi, et de me servir à nouveau du liquide testiculaire. »

Mais ne pouvant avoir à sa disposition l'antisepsie nécessaire, M. Brown-Séquard renonça aux injections sous-cutanées et les remplaça par les injections rectales; il suffit du liquide de trituration de deux testicules de cobaye, dilué dans 50 centimètres cubes d'eau distillée, pour produire les mêmes résultats que précédemment.

D'autres personnes ont encore bénificié de ces injections « faites par des hommes recommandables, savants connus et éprouvés »: Un malade atteint de cachexie palustre, d'autres d'ataxie locomotrice, d'autres d'hémiplégie consécutive à des lésions cérébrales, d'anémie consécutive à des hémorrhagies, etc.

Ces injections n'agiraient-elles pas par suggestion, comme quelques-uns l'ont prétendu? M. Brown-Séquard ne le pense pas, car chez des aliénés, impossibles à suggestionner, on a obtenu les mêmes effets remarquables que chez des personnes en pleine possession de leur intelligence.

Qu'ajouter à ces faits, observés par des personnes à l'abri de tout soup-

---

M. Virchow a été si touché lui-même du vide que laisserait dans le Congrès de 1890 l'absence des médecins français qu'il a cru devoir faire patte de velours et déclarer que tout confrère qui arriverait à Berlin y serait cordialement reçu... — Même nous? Il ne l'a pas dit, mais il l'a laissé entendre. Car il est impossible d'interpréter autrement l'article qu'il a inséré en tête du 120e volume des *Archives* qui portent son nom, et dont voici le passage qui a si fort séduit les partisans du voyage à Berlin :

« Appelés à offrir notre hospitalité, nous avons l'espérance de voir parmi nous les confrères de toutes les parties du monde.

Ils peuvent être convaincus de notre désir de tout faire pour rendre à la fois utile et agréable leur séjour dans notre ville et dans notre pays. Nous sommes prêts à profiter de leur expérience, et nous serions heureux s'ils trouvaient chez nous quelque chose qui pût servir à leur instruction.

Nous n'introduirons dans les débats scientifiques et dans les réunions rien qui leur soit et qui doive leur être étranger; nous ne blesserons ni leurs sentiments patriotiques, ni leurs idées religieuses.

Si, tous, nous nous respectons mutuellement comme confrères et aussi un peu comme hommes, il nous sera facile de surmonter toutes les difficultés. Médecine et humanité, tel doit être le seul but du Congrès. C'est dans cet esprit que nous avons fait les invitations, et nous espérons qu'elles seront interprétées de cette façon. »

Ce langage est absolument invitant. Comme il diffère de celui qu'on a pu lire en 1871, au lendemain de nos désastres, dans la *Revue scientifique!* (vol. 1, p. 196). Voici ce

çon d'incompétence et d'immoralité? Il faut donc admettre, comme le veut M. Brown-Séquard, que le liquide testiculaire a sur le système nerveux une puissance tonique évidente et considérable et attendre que de nouveaux faits viennent nous donner la clé de cette action.

Dans la même séance de la Société de biologie, M. le docteur Tuffier a exposé le résultat de ses expériences sur l'action de l'urine sur les tissus et montré que le contact de ce liquide n'est pas nuisible quand il est aseptique. Même mélangée à du sang, l'urine peut rester dans le tissu cellulaire et dans le péritoine sans provoquer d'accidents. Comme conséquence pratique, il a démontré que les plaies pouvaient rester impunément au contact de l'urine normale et que, par conséquent, on pouvait réunir par première intention celles qui proviennent d'opérations sur la vessie. Il n'y a alors ni inflammation de voisinage, ni infiltration d'urine, à condition qu'on opère avec une antisepsie parfaite et dans des milieux également aseptiques. Ces conclusions vont certainement permettre aux chirurgiens d'étendre le champ des opérations sur la vessie, car ils pourront sans crainte réunir les plaies qu'ils auront créées, et agir envers les plaies cavitaires vésicales comme envers celles que l'on pratique à ciel ouvert.

— Le choléra est en Espagne, dans la province de Valence et dans la province d'Alicante. Pour mettre la France à l'abri de la contagion, le gouvernement français a pris aussitôt les mesures qui avaient si bien réussi en 1885. M. Charrin est parti pour Cerbère et M. Netter pour Hendaye, dans le but d'y organiser des postes d'observation. — L. H. P.

Deux observations de calculs vésicaux volumineux ayant pour noyaux des épingles à cheveux,

Communiquées à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 janvier 1890,

Par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Lorsqu'on parcourt un certain nombre d'observations de corps étrangers

---

que disait alors M. Virchow de la nation française, dont nous faisons encore partie, n'est-ce pas?

« Il y a longtemps, lorsque je passai en revue les épidémies de l'année 1848, j'appelai l'attention sur ce fait que les Européens étaient arrivés à un état psychopathique. J'ai remarqué que la maladie qui se produit chez l'individu sous la forme d'un arrêt dans l'activité du cerveau se rencontre quelquefois aussi dans une plus grande étendue comme épidémie psychique. (Voyez t. III des *Archives*, p. 8). Un aliéniste distingué de l'Allemagne du Sud, M. Carl Stark est arrivé à des considérations analogues par l'étude des évènements récents. (*De la dégénérescence psychique de la nature française, son caractère pathologique, ses symptômes et ses causes*, Stuttgard, 1871.) Il a essayé de montrer, par une analyse exacte des phénomènes isolés, *que l'état mental de la nation française se rapproche en grand de l'idiotie paralytique ou de la folie raisonnante.* »

C'était, si vous vous le rappelez, l'époque à laquelle nous blaguait un autre savant allemand, excusable à moitié, celui-là, car il descend vraisemblablement de ces infortunés que la révocation de l'édit de Nantes a chassés de France, et qui n'ont pas perdu depuis lors une occasion de nous rappeler leur haine; c'est M. Dubois Reymond que je veux dire. Cet illustre physiologiste, car, il n'y a pas à dire, il est illustre, parlant devant ses auditeurs des déviations de l'aiguille d'un galvanomètre, disait : « Elle dévie de cinq degrés! » Et il ajoutait spirituellement : « Ah! Messieurs, ce n'est pas encore cinq milliards! » Allusion touchante qui a été soulignée par les applaudissements des élèves, car ils n'ont pas mis six semaines pour la comprendre, celle-là.

de la vessie, on s'aperçoit qu'il en est peu qui se ressemblent et que, soit au point de vue symptomatologique, soit surtout sous le rapport du traitement, il existe entre elles des différences considérables. Pour établir des règles thérapeutiques générales, il est donc nécessaire de posséder un grand nombre de faits de ce genre, et c'est ce qui nous a décidé à publier les deux suivants :

Observation Ire. — Au commencement du mois d'avril 1887, je suis appelé par mon confrère, le docteur Maëstrati, auprès d'une jeune fille âgée de 18 ans, Mlle d'O..., qui souffrait d'atroces douleurs vésicales et d'incessants besoins d'uriner. Voici les renseignements que je recueillis alors : au mois de juillet 1886, la malade, tourmentée de démangeaisons vulvaires, aurait cherché à les calmer en se grattant avec une épingle à cheveux; celle-ci, lui échappant, aurait pénétré dans l'urètre, puis dans la vessie. Quoi qu'il en soit de cette explication, la date de l'introduction du corps étranger paraît bien être réelle, c'est-à-dire que celui-ci séjournait depuis huit à neuf mois dans la vessie. D'ailleurs, je dois dire de suite que ces renseignements étaient inexacts; ce n'était pas une, mais quatre épingles qui avaient été introduites successivement et le même jour, détail qui ne me fut révélé qu'au cours de l'opération.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'accident, la malade éprouva une fréquence un peu plus grande des mictions, quelques douleurs sans irradiations et peu violentes; puis, au bout d'une huitaine de jours, ces symptômes se calmèrent et la malade resta deux mois environ sans souffrir, ressentant seulement de temps en temps une sorte de piqûre et des besoins un peu impérieux; la marche, les secousses de la voiture n'amenaient aucune recrudescence de symptômes; les urines étaient restées limpides.

Au mois d'octobre, la scène change très rapidement et, en quelques jours, les douleurs deviennent progressivement violentes, les besoins rapprochés; enfin, la malade remarque que ses urines laissent un dépôt au fond du vase. La marche est difficile, pénible; chaque secousse, chaque faux-pas est péniblement ressenti; les courses en voiture deviennent bientôt intolérables. Il ne paraît pas y avoir eu d'hématurie à ce moment.

Pendant plusieurs semaines, la malade ne suivit aucun traitement, puis elle alla se confier à une sage-femme qui, durant trois mois, pratiqua des manœuvres intra-vaginales et des cautérisations; la vessie semble avoir été respectée.

L'aggravation s'accentua; bientôt la malade, retenue à la chambre, put à peine faire

---

Je ne sais pas pourquoi je m'imagine que les médecins français, en arrivant à Berlin, seront reçus par un membre du comité d'organisation, peut-être même un agent de la police secrète, à moins que ce ne soit un élève de M. Carl Stark lui-même, lequel aura pour fonction spéciale de faire l'examen de l'état mental de nos compatriotes, afin de voir dans laquelle des deux catégories on pourra les ranger : *idiotie paralytique ou folie raisonnante.* Et peut-être un prochain numéro des *Archives de Virchow* contiendra-t-il un article dans lequel seront décrits tout au long, car vous savez que nos voisins aiment à décrire longuement, les phénomènes observés chez M. tel ou tel, médecin ou chirurgien français, et sur lesquels on se sera basé pour le ranger dans la première ou dans la seconde catégorie des insensés susdits.

— Insensés, dites-vous, et pourquoi? — Pardon, ce n'est pas moi qui ai dit le mot; c'est Virchow. Quant à moi, je suis moins intolérant qu'on ne l'était en France sous Louis XIV, et j'admets la liberté de conscience, même en matière de Congrès. Mais, entre nous, qu'allez-vous faire à Berlin?

Je sais bien qu'on a mis en avant, au Syndicat de la presse médicale, que, l'institution des Congrès médicaux internationaux étant d'origine française, il était bon qne la France fût représentée au Congrès de Berlin. Ah! la bonne histoire! Est-ce que la France a été représentée largement au Congrès de Washington? Non. Et cependant les médecins français n'ont pas cru pour cela leur honneur en péril; cela n'a pas empêché le Congrès d'avoir lieu, sans beaucoup d'éclat toutefois, et le comité de publication n'en a pas moins fait imprimer quatre volumes de comptes rendus, tout comme après Lon-

quelques pas; les moindres secousses étaient l'occasion de douleurs violentes; les besoins, extrêmement fréquents, se renouvelant toutes les demi-heures, puis toutes les dix minutes, devinrent presque incessants. Les urines, très chargées, abandonnant un dépôt visqueux et fortement ammoniacal, furent, à plusieurs reprises, plus ou moins teintées de sang; mais celui-ci ne se montra jamais en quantité considérable. Pendant les deux derniers mois, la malade avait abandonné tout traitement; elle ne quittait plus le lit et calmait à peu près ses douleurs au moyen d'injections hypodermiques de morphine. C'est alors qu'elle s'adressa à M. le docteur Maëstrati, qui prescrivit une médication calmante.

Le 8 avril 1887, nous constatons, mon confrère et moi, l'état suivant : La malade est amaigrie; le teint est pâle et jaune, mais nullement cachectique; en dehors des voies urinaires, tous les autres appareils sont normaux; l'appétit est à peu près conservé; il n'y a pas de fièvre. Les reins et les uretères ne sont ni augmentés de volume ni sensibles à la pression.

Bien que le palper hypogastrique soit très douloureux, on sent cependant, grâce à la maigreur du sujet et en exerçant une dépression graduelle, une masse dure, immédiatement en arrière du pubis. Par le toucher vaginal, on rencontre la paroi antérieure, qui est douloureuse au toucher, fait légèrement saillie dans le vagin et oppose une résistance au doigt; en combinant le palper hypogastrique et le toucher, on parvient à limiter une masse volumineuse, et les mouvements qu'on lui communique se transmettent d'une main à l'autre.

La vulve est tuméfiée, un peu œdématiée; la face interne des cuisses et des fesses, très érythémateuse, présente par places de petites exulcérations. Le méat est d'une rougeur violacée, les bords turgescents et la muqueuse urétrale tend à saillir au dehors. Un explorateur à boule n° 18 provoque une assez vive douleur pendant la traversée uréthrale, puis, immédiatement au niveau du col, heurte une masse dure et non mobilisable; chaque secousse de l'instrument est douloureusement ressentie. L'explorateur métallique, conduit sur le corps étranger, fait entendre un choc qui ne laisse aucun doute sur sa nature, mais il est impossible de le contourner ni d'en apprécier les dimensions. Quant aux injections, je n'ai pas même essayé d'en faire, une tentative de ce genre ayant quelques jours auparavant amené uue recrudescence des douleurs.

Il est difficile d'apprécier la fréquence des mictions, car les urines s'écoulent presque constamment; de temps en temps une petite quantité en est projetée, et la malade éprouve une douleur vive, prolongée, qu'elle désigne sous le nom de spasme; le suin-

---

dres et Copenhague. Qu'a-t-on dit encore? Qu'il fallait aller à Berlin pour soutenir les droits de la science française. Autre histoire tout aussi bonne que la précédente. Les communications que feront les médecins français au Congrès de Berlin ne resteront vraisemblablement pas enfouies dans les comptes rendus officiels du Congrès. Elles auront été, comme cela a lieu souvent, publiées avant ce Congrès dans un recueil quelconque, ou présentées à une de nos Sociétés savantes, ou elles le seront après. Et, soyez tranquilles, les Allemands lisent beaucoup et savent très bien ce que nous faisons, en médecine comme en autre chose, et s'ils s'approprient, — pardon, — s'ils s'assimilent souvent nos travaux sans les citer, ce n'est pas par ignorance, croyez-le bien. Donc, si le cœur vous en dit, allez à Berlin; mais, si vous n'y allez que pour sauvegarder les droits de la science française, vous pouvez rester chez vous et publier dans un de nos recueils le travail « important » dont vous réserviez la primeur, n'est-ce pas, aux membres du Congrès.

Notez que je ne veux pas vous influencer, mais je dois cependant vous dire que tous ceux qui ont signé la déclaration du syndicat de la presse médicale française ne sont nullement disposés pour cela à se rendre au Congrès. Demandez au plus éminent de ses membres, à M. le professeur Cornil, s'il va à Berlin. Il vous répondra négativement. Demandez à M. le professeur Brouardel, qu'on a presque accusé d'avoir fait toute cette agitation Berlinophile qui remue les congressistes depuis quelques mois, s'il y est pour quelque chose, et s'il ira à Berlin aussi. Il vous répondra qu'il n'y est pour rien et qu'il n'a jamais eu l'intention d'aller à Berlin, pour l'excellente raison qu'au moment du

tement est, en réalité, incessant. Recueillies, les urines forment au fond du vase un dépôt glaireux, visqueux, et exhalant une forte odeur ammoniacale. Après les manœuvres d'exploration, elles furent assez fortement teintées de sang.

L'état général ne contre-indiquait pas une intervention, il fallait débarrasser la vessie; aussi, pour des raisons que j'exposerai bientôt, je me décidai pour la taille vésico-vaginale, que je pratiquai le 13 avril 1887, avec l'aide de MM. Hache, Wickham et Maëstrati.

La malade est soumise au chloroforme, placée dans le décubitus dorsal, le siège fortement relevé et les cuisses fléchies sur le bassin. On lave la vulve au savon, puis à l'eau boriquée avec laquelle on fait également des irrigations vaginales. Une sonde de gomme introduite par l'urètre peut être insinuée entre le calcul et la paroi vésicale inférieure; il est impossible de pratiquer un lavage parfait de la vessie; en effet, l'injection de quelques grammes de liquide provoque, malgré le chloroforme, des contractions violentes et l'expulsion du liquide entre la paroi de la sonde et le canal : ces premières expulsions contiennent des mucosités, des membranes petites et se déroulant dans le liquide, ainsi que de longs filaments blanchâtres, se dissociant facilement et paraissant provenir de tissus sphacélés ; au bout de quelques injections, le liquide revient limpide, mais légèrement teinté de sang. On peut alors apprécier le volume du calcul; par le toucher rectal combiné au palper hypogastrique, on limite une tumeur dure, peu mobile, appliquée contre le pubis.

J'introduis alors une valve de Sims dans le vagin et, dans la vessie, un cathéter courbe, cannelé sur la convexité, qui est maintenu en contact avec la paroi vésicale inférieure, exactement sur la ligne médiane. Avec la pointe du bistouri, je ponctionne cette paroi à 1 centimètre en arrière du col vésical, et, suivant la cannelure du cathéter, je prolonge l'incision, intéressant d'un seul coup toutes les tuniques vésicales sur toute l'étendue de la face antérieure du vagin jusqu'à 2 centimètres du col utérin. Le saignement fut assez abondant, deux ou trois petites artérioles durent être liées; on est alors frappé de l'épaisseur considérable de cette paroi qui varie, suivant les points, de 10 à 15 millimètres. Les lèvres de la plaie s'écartent légèrement, laissant apercevoir un gros calcul qui remplit exactement la vessie et qui reste à peu près immobile; toute tentative faite dans le but d'en changer la situation est infructueuse, car il existe évidemment en avant et en arrière des commissures de la plaie des prolongements qui fixent le corps étranger au-dessus de la large boutonnière vésico-vaginale.

Il devenait donc nécessaire de procéder au broiement, mais les mors des tenettes

---

Congrès il sera à Edimbourg, si nous n'avons pas alors le choléra, venant d'Espagne, et s'il n'est pas obligé de rester à Paris au nom de ses fonctions officielles.

J'irais cependant bien à Berlin, moi, si un souvenir du Congrès de Londres ne me retenait. Vous vous rappelez qu'à la fin du banquet offert par les médecins anglais aux membres étrangers du Congrès, et qui nous réunit tous à Cristal-Palace, on tira un feu d'artifice. Il n'y a pas de grande fête sans feu d'artifice. Or, une des pièces de ce feu d'artifice représentait le profil des trois personnages principaux du Congrès : le président, sir James Paget ; un Allemand, M. Virchow et un Français, M. Charcot. Certainement, il y aura aussi un banquet à Berlin, où nous pourrons trinquer à la santé les uns des autres avec d'excellents vins français, retour de 1870, mais non des Indes — ce qui me fournira l'occasion de dire que notre vin, parti en tonneau, est revenu en cruches — ; à la fin du banquet, il y aura aussi un feu d'artifice ; probablement aussi on y représentera la silhouette de personnages éminents ; eh bien, vous me croirez si vous voulez, mais j'ai une peur bleue qu'on n'y mette trois chirurgiens, un Allemand, un Anglais et un Français, ce dernier suivant d'un pas boiteux les deux autres. Et qui sera vexé, s'il vous plait ? Ce sera votre serviteur. Ma foi, j'aime mieux rester chez moi.

Je pourrais bien encore essayer de faire vibrer la fibre patriotique, mais à quoi bon ? Si elle est endormie dans le cœur de ceux qui sont disposés à aller à ce Congrès, ce n'est pas moi qui pourrai la réveiller. Seulement, qu'ils prennent garde à une chose : la manière dont leur démarche sera interprétée par ceux qui ont dédaigné nos congrès de l'an dernier.

moyennes étaient trop courts et dérapaient ; quant aux gros instruments, aux brise-pierre de formes diverses, leur première branche seule pouvait être introduite entre la paroi et le calcul ; je dus recourir à l'emploi de tenettes-forceps construites par M. Aubry et qui permettent de placer les branches isolément à droite et à gauche du corps étranger et de les articuler ensuite. Le broiement fut dès lors facile et le calcul éclata en un grand nombre de morceaux ; quelques-uns furent facilement soumis à un broiement secondaire et amenés au dehors, soit directement, soit à l'aide d'injections à grande eau. Une épingle à cheveux se présenta aussitôt dans la plaie par une extrémité arrondie, puis deux autres que je fus fort étonné de trouver, car je croyais jusqu'alors qu'un seul corps étranger avait été introduit. Après un nouveau déblaiement à l'aide de lavages, j'introduisis mon doigt dans la cavité vésicale et je rencontrai, tout à fait en haut et en arrière, une quatrième épingle à cheveux qui faisait corps avec un gros fragment. Cette masse était immobile et les tentatives de dégagement que je fis avec le doigt n'aboutirent qu'a faire saigner la vessie ; je fus contraint alors de broyer sur place le fragment calculeux, qui se détacha, mais l'épingle ne le suivit pas, enserrée sans doute par les contractions vésicales. Je la saisis alors avec une pince à forcipressure à branches longues. Je fis glisser les mors jusqu'à l'extrémité pointue, que je dépassai légèrement, et quand je fus certain que les deux pointes étaient protégées par les mors, j'exerçai une traction qui me permit d'amener l'épingle au dehors.

Après d'abondantes irrigations boriquées, tout saignement cessa ; je ne fis aucun point de suture, dans le but de laisser la vessie largement ouverte, de procurer un repos complet à cet organe et de permettre ainsi à la cystite interstitielle de s'atténuer peu à peu. Le vagin fut rempli de gaze iodoformée ; je ne plaçai pas de sonde à demeure.

Le soir, la température s'élève à 37,8, l'état général est bon ; l'urine s'écoule d'une façon continue par le vagin ; la malade a éprouvé des douleurs aiguës et aussi, dit-elle, des besoins d'uriner douloureux.

14 avril. — 37°4. Bon état général. La gaze iodoformée est retirée, teinte de sang par place ; les lèvres de la plaie, d'un rouge pâle, sont assez largement écartées. Nouveau pansement iodoformé.

15 avril. — 37°8. Douleurs et élancements dans la région vaginale. Lèvres de la plaie grisâtres, saignant facilement.

Du 16 au 19, cet état local s'aggrave ; les productions grisâtres s'étendent, puis se détachent par lambeaux grisâtres ; elles sont très peu adhérentes et laissent au-dessous d'elles les tissus rougeâtres saignant au moindre contact. — Le tamponnement iodo-

---

*
**

Je vais aborder un autre sujet, s'il vous plaît, et reproduire, d'après l'*American Lancet*, quelques conseils à l'usage des médecins qui écrivent :

L'illisibilité de l'écriture médicale est un fait qui n'a plus besoin de démonstration et que Gondinet a consacré dans une des plus amusantes comédies du Palais-Royal.

Il paraît que c'est un caractère propre à l'espèce et que, au point de vue calligraphique les médecins américains peuvent lutter avantageusement avec leurs confrères du vieux monde.

C'est du moins ce qui ressort des commentaires que *The American Lancet* publie sur ce sujet : « Si nous parlions, dit le journal américain, aussi mal que nous écrivons, notre conversation semblerait du grec à qui nous écouterait parler. »

A ce propos, *The American Lancet* donne à ses confrères en écriture médicale des conseils pratiques, que beaucoup de nos compatriotes ne liront sans doute pas sans profit, nous parlons surtout de ceux qui ont occasion de transformer leurs écrits en pages imprimées et d'exercer la patience des compositeurs typographes.

Voici quelques-uns de ces conseils :

Paginer avec soin le manuscrit avant de le donner à l'imprimerie, un même article étant partagé pour la composition entre plusieurs ouvriers.

Eviter les fioritures calligraphiques, qui rendent souvent une lettre ou un mot indéchiffrable. Les imprimeurs n'ont pas le temps de s'extasier sur vos effets de plume.

formé du vagin est supprimé et on se borne à pratiquer des irrigations boriquées 5 à 6 fois par jour.

A partir du 20, la plaie se déterge et bourgeonne. Des cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent sont pratiquées quelques jours après.

Le 2 mai, l'aspect de la plaie est le suivant : l'ouverture vésico-vaginale conserve une longueur de 5 à 6 centimètres : les lèvres de la plaie, modérément écartées l'une de l'autre sont irrégulières et légèrement déchiquetées ; les pertes de substance portent moins sur le bord même de la plaie que sur la muqueuse vaginale.

L'épaisseur de la cloison vésico-vaginale a sensiblement diminué depuis le jour où l'incision vaginale a été faite. Sur tous les points, la cicatrisation est complète et on ne voit plus de surfaces cruentées.

Pendant quinze jours encore, jusqu'au milieu du mois de mai, la malade eut de temps en temps des élancements douloureux qu'elle comparait à du spasme, accompagnées d'envies d'uriner peu violentes; puis elle ne ressentit plus aucune sensation anormale et ne se plaignait plus que du désagrément d'une incontinence permanente.

Les choses restèrent stationnaires pendant les deux mois qui suivirent et la largueur de la fistule ne diminua en rien. Il n'en fut pas de même de l'hypertrophie des parois de la vessie qui, peu à peu, redevinrent normales; toute trace de cystite disparut également, et la sensibilité de la muqueuse vésicale, explorée avec un instrument mousse, n'eut plus rien d'exagéré.

Le 6 juillet, trois mois environ après la kolpocystotomie, je tentai l'oblitération de la fistule; les bords en étaient encore un peu festonnés, irréguliers surtout sous le rapport de l'épaisseur. Je pus cependant pratiquer sur tout le pourtour de l'orifice un avivement qui intéressait la face vaginale de la cloison seule et non la muqueuse de la vessie. Les sutures furent faites au crin de Florence, les fils restant dans l'épaisseur de la cloison sans pénétrer dans la vessie : douze points ont été nécessaires pour obtenir un affrontement complet. Je plaçai à demeure une sonde de Sims.

Pendant les quatre premiers jours, aucun incident ne survint, malgré l'indocilité de la malade; mais celle-ci se plaignit alors de douleurs, de spasmes, d'envies d'uriner, bien que la sonde n'ait cessé de fonctionner, et s'agita perpétuellement. Au sixième jour, de l'urine s'écoulait par le vagin. Au neuvième jour, je retirai les fils et je constatai que les deux tiers postérieurs de la plaie étaient seuls réunis.

Cédant aux instances de la malade, et à une date trop rapprochée, je l'avoue, je tentai une seconde fois la réunion le 1er août, trois semaines après la première opération.

Règle générale, éviter les abréviations. Si on en fait usage, qu'elles soient écrites comme l'auteur désire qu'elles soient imprimées.

Quand on fait une addition à une page du manuscrit, ne pas la faire au dos de la page; cela est contraire à la règle bien connue, mais souvent oubliée, « de n'écrire que d'un côté de la feuille. » Il faut couper les pages et coller à la suite le passage ajouté.

Eviter un excès de ponctuation. Le défaut ici est préférable à l'excès, et cause moins de perplexité au compositeur.

En corrigeant les épreuves, si on efface un mot, tâcher de le remplacer par un autre de même longueur dans la même phrase et, si possible, dans la même ligne. De même si on ajoute une phrase ou un mot, faire en sorte de supprimer une phrase ou un mot équivalent, à peu près à la place que doit occuper le nouveau texte.

Paragrapher le manuscrit comme on désire qu'il le soit en imprimé.

Finalement, avant d'envoyer un article à l'impression, lui donner exactement la forme qu'on veut lui voir revêtir aux yeux du lecteur.

Avec ces quelques recommandations, on évitera beaucoup de tracas et de temps perdu aussi bien à l'auteur qu'à l'éditeur et à l'imprimeur, sans compter les frais inutiles qui résultent souvent de la négligence de ces règles bien simples.

Voilà assurément d'excellents conseils, que Balzac n'a jamais suivis et que suivront peu de personnes, beaucoup ayant l'habitude de faire des corrections à l'infini, si bien que parfois l'éditeur est obligé de cesser de leur envoyer les épreuves. Ceux-là sont ncorrigibles.

SIMPLISSIME.

L'avivement et la suture se firent sans aucun accident, mais l'agitation de la malade ne put être calmée ni par du bromure ni par de la morphine, et la sonde fonctionna mal dès le début. Au troisième jour, de l'urine s'écoulait par le vagin : j'enlevai les fils au septième jour; aucun résultat n'était obtenu.

Au bout de deux mois, la réunion fut tentée pour la troisième fois, le 28 août. Pendant cet intervalle, la plaie ne s'était nullement rétrécie spontanément et la fistule mesurait encore deux centimètres environ de longueur. L'avivement était plus difficile, car il portait sur du tissu cicatriciel : l'affrontement fut néanmoins parfait. Les mêmes incidents se reproduisirent néanmoins, bien que la malade se fût montrée plus docile; des contractions vésicales apparurent dès le troisième jour et, au cinquième, de l'urine s'écoulait par le vagin. Cette fois encore aucun point de suture n'avait pris et la fistule conservait la même dimension. Toutefois, elle était devenue beaucoup plus antérieure et, en avant, sa commissure siégeait au niveau du col vésical.

Au mois de décembre, la malade entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monod, qui, à deux reprises, tenta l'occlusion et échoua. Les avivements successifs avaient fini par empiéter non seulement sur le col, mais sur l'urètre, de sorte que la ligne primitive d'incision était cicatrisée et que la commissure postérieure de la fistule siégeait maintenant à peu près au niveau de l'extrémité antérieure de l'incision primitive.

Au milieu de l'année 1888, la malade entra dans le service de M. Polaillon, qui, après plusieurs tentatives, parvint à obturer la fistule par un procédé nouveau dont il a donné la description. *(A suivre.)*

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Un cas relativement grave de pleurésie purulente à pneumocoques. — Relations de l'albuminurie avec certaines psychoses. — Un cas de myosite rubéolique. — Traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de naphtol.*

M. Antony rapporte un cas de pleurésie purulente à pueumocoques qui, malgré de nombreuses ponctions suivies d'injections naphtolées, n'a fait que s'accroître. Ce cas vient appuyer les réserves faites par M. Comby sur la bénignité des pleurésies purulentes à pneumocoques.

— M. Raymond : Dans le cours de certaines affections mentales on peut voir apparaître de l'albuminurie; cette albuminurie est due soit aux lésions encéphaliques — on peut alors la comparer à l'albuminurie expérimentale de Cl. Bernard, — soit à des altérations du rein analogues aux altérations des centres nerveux. Dans d'autres cas, l'albuminurie est le signe d'une intoxication autochtone qui, chez un sujet prédisposé, a été la cause déterminante des troubles psychiques, ou qui, dans une psychose en cours d'évolution, est une cause aggravante de ces mêmes désordres. L'apparition ou l'aggravation de ces désordres paraissent alors liées à l'apparition ou à l'aggravation de l'albuminurie, celle-ci étant proportionnelle à l'auto-intoxication.

Déjà Furstner, ayant trouvé de l'albumine dans l'urine d'alcooliques atteints de délirium tremens, avait noté que l'intensité du délire variait avec la quantité d'albumine. Turner a rapporté des faits analogues. Enfin Kœppen, dans un remarquable mémoire, cite 90 observations de même nature rangées en trois classes : 1° Albuminurie sous la dépendance d'une psychose; 2° Albuminurie et troubles mentaux dus à des altérations synchrones de l'encéphale et du rein; 3° Enfin, psychoses dans le cours de l'albuminurie.

En 1882, M. Raymond faisait lui-même paraître dans les *Archives générales de médecine* un travail sur « Certains délires simulant la folie, survenant dans le cours de néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie ». En 1885, M. Dieulafoy faisait sa communication sur la « folie brightique » et montrait des types très variés :

manie aiguë avec hallucinations, lypémanie, délire des persécutions, délire érotique et religieux. L'opinion de M. Dieulafoy sur la nature de ces troubles mentaux ne différait pas de celle de M. Raymond, la thérapeutique proposée était la même : de tels malades devaient être regardés non comme des aliénés, mais comme des néphrétiques et soumis au régime lacté.

M. Raymond apporte aujourd'hui une observation de folie du doute dans le cours du mal de Bright. Il s'agit d'une dame de 65 ans qui, vers la fin de décembre 1885, fut prise d'incertitudes et de doutes sur ses moindres actions, par exemple remontant chez elle à plusieurs reprises pour vérifier si elle avait fermé sa porte ou éteint son feu, etc., etc. En même temps, elle se plaignait de douleurs des reins et elle avait de l'œdème des jambes. M. Raymond examina les urines et trouva 1 gr. 20 d'albumine par litre. Sous l'influence du régime lacté, l'albumine descendait à 0 gr. 50 et les troubles psychiques disparurent presque.

Quelque temps après, ayant cessé de se traiter, la malade eut de nouveau de l'albuminurie, fut reprise de ses doutes, de ses incertitudes, qui disparurent encore avec un traitement approprié (régime lacté, tannin). Depuis cette époque, M. Raymond a pu, à plusieurs reprises, vérifier le parallélisme qui existait entre l'albuminurie et la psychose. Parfois, il y avait en même temps d'autres signes d'urémie, céphalée, dyspnée, secousses convulsives du diaphragme et du tronc.

A quoi sont dus ces troubles psychiques? La déperdition de matières azotées est trop insignifiante pour qu'on puisse accuser l'albuminurie. Mais, comme M. Bouchard l'a démontré, l'albuminurie est pour ainsi dire le signe révélateur de l'auto-intoxication, de l'urémie, et c'est à cette auto-intoxication que les désordres mentaux sont imputables. Il faut noter que, dans le cas précédent, ces troubles étaient des signes précoces et presque les seuls signes de l'urémie.

M. Raymond a eu aussi, dans son service à Lariboisière, une malade qui présentait des accidents urémiques simulant la manie aiguë; son agitation était telle qu'on fut obligé de lui mettre la camisole. Son urine contenait une grande quantité d'albumine. Cinq ou six jours après son entrée à l'hôpital, elle mourut, et l'autopsie révéla une néphrite interstitielle.

De pareils faits sont très importants à connaître, au double point de vue de la thérapeutique et de la médecine légale.

M. Ollivier n'a jamais vu admettre un malade dans un asile pour folie due au mal de Bright ; il est cependant, depuis plusieurs années, inspecteur des asiles privés du département de la Seine et voit ainsi, chaque année, près de 500 aliénés nouveaux. M. Raymond a parlé de manie aiguë, de délire érotique ou religieux, de folie du doute; ce sont là des formes absolument exceptionnelles et qui ne sont pas dues à l'urémie pure ; dans tous ces cas, on trouve une tare nerveuse dans la famille des malades ou une hérédité directe.

Certainement l'urémie peut produire du délire, de l'excitation ; mais il faut bien se garder de donner à ces accidents le nom d'aliénation et d'envoyer à Sainte-Anne des brightiques vrais. Il y a une dizaine d'années, on amena au dépôt de la Préfecture un malade paraissant atteint d'excitation maniaque. M. Ollivier examina les urines et trouva une grande quantité d'albumine. Le malade fut transporté non pas à Sainte-Anne, mais à l'Hôtel-Dieu, d'où il sortit guéri bientôt après. La pneumonie, la fièvre typhoïde, les maladies du cœur et plusieurs autres affections déterminent quelquefois du délire et une excitation extrême qui sont pris pour des signes de folie. M. Ollivier a vu de semblables malades amenés au Dépôt pour qu'ils fussent placés à Sainte-Anne. Il faut donc lutter contre cette tendance à regarder comme aliénés des malades présentant un délire symptomatique de leur affection cardiaque, pulmonaire ou rénale. C'est cette expression : « délire symptomatique », qu'on devrait d'ailleurs toujours employer, et ne jamais se servir, par exemple, de l'expression : « folie brightique », pour désigner des accidents qui n'ont aucun rapport avec la folie.

M. Raymond a voulu justement, par sa communication, attirer l'attention sur des erreurs possibles ; un brightique ne doit pas être pris pour un fou. Quant à l'expression

« folie brightique », elle peut être employée sans inconvénients, car c'est le qualificatif « brightique » qui a toute l'importance.

M. Dieulafoy : Un délire chronique est bien voisin de la folie. Le fait suivant en est une preuve : un brightique, âgé de 45 ans, fut pris d'un délire tranquille ; puis, peu à peu, il eut des idées malsaines, bientôt après de la lypémanie ; enfin il fut pris d'accès de manie aiguë. On allait être obligé de le faire enfermer lorsque survinrent de l'anasarque, des convulsions épileptiformes, le coma et la mort. Cela avait duré trois ou quatre mois. Ce malade était brightique ; les accidents cérébraux qu'il présenta n'étaient pas évidemment de l'aliénation pure ; mais, surtout au point de vue pratique, ce malade devait être considéré comme un aliéné.

Ces troubles psychiques se présentent surtout lorsqu'il y a une tare nerveuse héréditaire, mais cela n'est pas nécessaire. Souvent les brightiques ne présentent qu'un seul symptôme d'urémie, par exemple une dyspnée plus ou moins considérable ; d'autres sont dyspeptiques. Les phénomènes cérébraux peuvent donc être, pendant longtemps, les seules manifestations de l'urémie. Mais souvent aussi on trouvera d'autres symptômes, peu importants par eux-mêmes, mais dont la réunion est caractéristique : épistaxis, crampes, sensibilité exagérée au froid, doigt mort, secousses convulsives et, de plus, cœur gros, bruit de galop, tension artérielle exagérée, pollakiurie, moindre toxicité des urines.

M. Rendu pense que la folie brightique chronique se comporte comme la folie vraie. Il y a deux ans, un brightique du service fut pris d'accès de manie aiguë ; après trois semaines de soins infructueux, on dut l'envoyer à Sainte-Anne.

M. Legroux : Il y a des aliénations mentales symptomatiques d'une intoxication ; les brightiques comme les saturnins et les alcooliques peuvent avoir de la manie aiguë et doivent alors être envoyés dans une maison de santé.

M. Ollivier : Ces malades ne sont nullement des aliénés. S'ils deviennent dangereux, qu'on les enferme ; mais on ne doit pas appeler folie ce qui n'est que du délire symptomatique.

M. Barié a dû faire enfermer, pendant cinq mois, une brigtique qui avait des troubles psychiques ; elle était d'une famille névropathique.

— M. Gaucher vient d'observer une petite fille de 7 ans qui a eu la rougeole en septembre 1888. Au commencement de la convalescence, elle eut un torticolis qui, au bout de quinze jours, sembla diminuer. En novembre, elle se mit à boiter sans se plaindre de douleurs dans la jambe ; mais on s'aperçut bientôt que le mollet droit augmentait de volume.

Actuellement le faisceau claviculaire du sterno-mastoïdien gauche forme une bride saillante et dure, le reste du muscle est atrophié. Le mollet droit, au contraire, est hypertrophié (21 cent. 1/2, 19 cent. à gauche) ; les muscles sont durs et cette dureté s'exagère pendant la contraction. Mobilité normale, sauf pour la flexion du pied, qui est un peu limitée, artères normales, sensibilité et réactions électriques intactes.

Il s'agit donc d'une myosite atrophique du sterno-mastoïdien gauche et d'une myosite hypertrophique du mollet droit, développées à la suite d'une rougeole, et comparables à celles que l'on observe dans d'autres maladies infectieuses, la fièvre typhoïde, par exemple. On n'en avait pas encore signalé à la suite de la rougeole. Quant à leur pathogénie et à leur mécanisme, ils sont absolument obscurs, comme pour toutes les myosites dues aux maladies infectieuses.

— M. Juhel-Rénoy : Le traitement des kystes hydatiques du foie par les injections de sublimé offre de réels dangers. Chauffard a proposé de remplacer cet agent par l'eau naphtolée ; le fait suivant prouve que le naphtol est, en effet, préférable au sublimé : Un kyste volumineux du foie fut ponctionné ; on retira 1,500 grammes de liquide ; on injecta ensuite 100 grammes de sublimé qu'on laissa dix minutes et qu'on retira pour faire un grand lavage avec un litre d'eau bouillie.

Bientôt survinrent des symptômes d'intoxication : diarrhée, stomatite, fièvre. Le liquide se reproduisit ; une seconde ponction donna 1,800 grammes d'un pus fétide ; on

fit alors une injection d'eau naphtolée; la fièvre tomba. Bientôt le liquide se reproduisit en même temps que la température s'élevait de nouveau. Nouvelle ponction et nouveau lavage à l'eau naphtolée. Neuf ponctions furent ainsi faites en un mois et demi. M. Juhel Renoy mettait jusqu'à 25 grammes de naphtol par litre d'eau, et faisait passer en lavages 3 litres de cette eau. La guérison fut complète. Un second essai de sublimé avait été fait qui avait rapidement déterminé de la stomatite.

On peut donc conclure : 1° Que le traitement médical des kystes hydatiques du foie est suffisant pour en obtenir la guérison; 2° Que le sublimé peut amener des accidents et qu'on doit lui préférer le naphtol.

M. Merklen a observé un cas absolument analogue : Kyste hydatique volumineux, ponction, injection de 200 grammes de sublimé; accidents d'intoxication; quinze jours après, nouvelle ponction, liquide purulent. Alors injections naphtolées amenant une guérison rapide.

M. Netter : Un malade atteint d'un abcès du foie des pays chauds a parfaitement et rapidement guéri par un lavage au sublimé sans présenter de symptômes d'intoxication. La ponction ayant donné 700 grammes de pus, on injecta 700 grammes de sublimé au 1/2000e que l'on retira immédiatement et non dix minutes après; on lava ensuite à l'eau bouillie. Il n'y a eu aucun accident. Tout doit dépendre évidemment de la manière dont on se sert du sublimé.

M. Chantemesse adopte le procédé de M. Netter, mais en faisant suivre l'injection du sublimé d'un lavage à l'eau salée qui dissout et entraîne tout ce qui reste de sublimé dans la poche kystique.

M. Balzer : On pourrait remplacer le sublimé par un autre sel de mercure, le benzoate de mercure. Celui-ci possède sur le bichlorure cet avantage qu'il ne coagule presque pas l'albumine. Or ce sont des caillots qui, contenant du sublimé et étant résorbés, causent l'intoxication.

COURRIER

Nos lecteurs apprendront, sans étonnement, que le choléra vient d'éclater en Espagne. Les premiers décès, survenus dans la province de Valence, remontent, paraît-il, au 13 mai dernier. Naturellement, on s'empressa de les dissimuler et, naturellement aussi, la maladie prit une rapide extension. Au commencement de juin, une petite ville, Rugat, fut très éprouvée et de nombreux cas se produisirent dans les localités environnantes. Il devint dès lors impossible de cacher l'existence du mal et, quoique le Conseil supérieur de santé d'Espagne ait déclaré qu'il était probable, mais non pas sûr, que l'on eût affaire au choléra asiatique, on se décida, sur l'avis du Conseil, du reste, à entourer de cordons de troupes les localités atteintes, à prendre des précautions dans les ports, etc.

En France, la défense de la frontière est énergiquement organisée. MM. Charrin et Netter ont été envoyés pour organiser des stations de désinfection à Cerbère et Hendaye, ville où se fait le raccordement des lignes françaises et espagnoles; des quarantaines très sévères seront subies dans nos ports par les navires ayant touché les côtes d'Espagne. Comme jusqu'à présent le choléra ne sévit que dans des points éloignés de la frontière, on n'a pas encore à surveiller les routes. Ces mesures ont déjà été suivies de succès dans les épidémies antérieures et réussiront sans doute encore à nous préserver. Du reste, d'après les dernières dépêches, l'épidémie semble décroître et on ne signale, à la date du 19 juin, que deux cas nouveaux apparus dans un village près de Rugat.

On sait aussi qu'il y a eu des cas de fièvre jaune à Malaga. Là des mesures convenables ont été prises dès le début et le foyer paraît devoir s'éteindre sur place.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le traitement moderne des maladies de l'estomac.

Avant d'exposer rapidement les principaux traitements destinés à combattre les troubles de la digestion stomacale, nous devons résumer en quelques mots, d'après des recherches récentes, les effets des médicaments les plus usuels sur la sécrétion gastrique.

I

D'après Chittenden (1), un grand nombre d'alcaloïdes amers, tels que la quinine et la morphine, l'émétique, le chlorate de potasse, le sel marin, aident la digestion des substances amylacées par la salive et les sucs intestinaux, tandis que les germicides, notamment les sels de mercure, la strychnine, l'antipyrine et l'antifébrine la retardent.

Le plus grand nombre des médicaments agissent sur la sécrétion gastrique pour la retarder ; telle est l'action de la plupart des sels métalliques, et pour ainsi dire de tous les alcaloïdes, même la strychnine. Cependant l'arsenic, la paraldéhyde, la thalline, semblent augmenter le pouvoir digestif. L'alcool gêne d'abord la digestion; mais il disparaît très vite de l'estomac (Gluzinsky), et il y a ensuite une sécrétion très active de suc gastrique. Une petite quantité d'alcool environ une demi-heure avant le repas serait donc utile. L'eau gazeuse, le thé, le café, n'auraient que peu ou pas d'action.

Panow (2) a étudié spécialement l'action du sulfate d'atropine; d'après lui, chez les malades atteints de catarrhe stomacal, le sulfate d'atropine aux doses de 0,0005 à 0,0008 n'a pas d'influence sur la sécrétion d'acide chlorhydrique. Chez les individus sains, les mêmes doses diminuent la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Abutkoff (3) a recherché l'influence de l'opium, de la morphine et de la codéine. Il a constaté que l'opium ralentit la digestion et diminue la sécrétion de l'acide chlorhydrique; la sécrétion de la pepsine n'est pas modifiée, non plus que celle de la présure; l'absorption ne subit pas de modification. La morphine et la codéine agissent comme l'opium, mais leur action est beaucoup plus faible. L'auteur conseille de ne donner les opiacés que 2-3 heures après les repas, surtout quand la digestion est difficile. Lorsqu'il y a hypersécrétion d'acide, il faut les administrer pendant les repas.

(1) *Med. New.*, 19 février 1889. — *Gaz. méd. de Liège*, 18 avril 1889.

(2) *Wratch.*, 7, 1890. — *Bull. méd.*, 90, 18.

(3) *Th. de Saint-Pétersbourg*. — *Nouveaux Remèdes*, 1890, 8.

Herzen (1) a expérimenté un grand nombre de substances. Le fer réduit et les sels ferrugineux, les chlorures mis à part, entravent la peptonisation. Quelques gouttes de perchlorure de fer n'ont pas d'action. A dose modérée, le chlorure de sodium augmente la digestion ; à dose forte, d'après Leresche, il diminuerait l'acidité et causerait même une hypersécrétion du mucus sans agir sur la sécrétion de la pepsine; en donnant alors le sel en lavement, il n'y aurait pas de changement du côté de l'acidité (nous rapportons plus loin d'autres expériences). Sans agir non plus sur la pepsine, le chloral, à la dose de 1 à 2 grammes avant la digestion ou à son début, la ralentit et provoque une hypersécrétion muqueuse; 2 à 3 grammes d'iodure de potassium ont la même action et diminuent beaucoup l'acidité lorsqu'on les ingère au début du repas ou pendant son cours. Le sulfate de magnésie n'agit qu'à doses fortes; 20 ou 25 grammes rendent l'acidité faible ou nulle et arrêtent la digestion. Un gramme de quinine, pris une heure avant ou pendant le repas, rend l'acidité faible ou nulle. Le vin rouge renfermerait des substances contraires à la digestion des albuminoïdes, tandis que le vin blanc serait moins dangereux. La solution d'acide chlorhydrique à 3,5 p. 1,000 administrée plusieurs jours de suite à la dose de 120 à 150 gr. n'a pas favorisé la digestion. Quand on prend de l'alcool, la pepsine n'est pas influencée tant que la richesse du mélange digestif en alcool ne dépasse pas 5 p. 100; la peptonisation diminue à 10 p. 100 et s'arrête si la proportion s'élève. Le calomel entrave la digestion à la dose de 30 centig. à 1 gr. 20 à 25 centig. d'antipyrine n'ont pas d'action; une dose plus forte atténue un peu la peptonisation. A partir de 0,25 centig., le salicylate de soude a une action fâcheuse.

L'acétate de plomb, à la dose de 20 centig., augmenterait notablement l'acidité et la digestion se ferait très bien. Nous connaissons déjà l'influence fâcheuse de l'alcool sur la pepsine ; à faible dose, il augmenterait l'acidité (Richet). 2 à 9 grammes de bicarbonate de soude donnés avant le repas ou pendant les trois premières heures de la digestion, après avoir rendu passagèrement alcalin le contenu stomacal, produiraient ensuite une hypersécrétion chlorhydrique remarquable sans agir sur la sécrétion de la pepsine.

Nous avons déjà cité quelques expériences faites sur l'action du chlorure de sodium; ce corps a donné lieu à de nombreuses recherches. Quand on injecte du sel marin dans les veines d'un animal vivant, la richesse du suc gastrique en pepsine augmenterait (Grutzner). Girard (2) a étudié de nouveau récemment l'influence du sel marin. Il a vu qu'à dose forte le chlorure de sodium irrite l'estomac et détermine une abondante sécrétion de mucus qui neutralise le suc gastrique; il n'a rien constaté à la suite de l'administration de petites doses. En lavement, il a noté que les solutions fortes donnent de la diarrhée et ont un effet nul sur le pouvoir digérant du suc gastrique. Au contraire, 5 à 6 grammes dans 100 à 120 grammes d'eau provoqueraient la sécrétion temporaire d'un suc gastrique très riche en acide chlorhydrique et en pepsine. Le sel de cuisine, d'après Girard, aurait donc une action peptogénique qui se manifesterait plutôt qualitativement que quantitativement. L'injection rectale de ce sel ralentissait constamment la sécrétion du suc gastrique, qui devenait en même temps de plus en plus

(1) M. Coutaret : *Dyspepsie et catarrhe gastrique*, p. 190.
(2) *Archives de physiologie*, 1889, 3.

dense et de plus en plus actif. Les solutions de 3, 5, 7 grammes de chlorures de calcium, de magnésium et de potassium donnaient lieu, dans les expériences de M. Girard, à la sécrétion d'un suc gastrique très peu abondant, très dense, très riche en pepsine, mais le plus souvent sans acide chlorhydrique.

Nous avons encore à citer le travail de Wolff (1). Cet auteur a donné à des personnes saines de 20 à 30 c. c. de cognac (à 50 p. 100 d'alcool) et a noté que, quand on ne dépasse pas 20 c. c., l'acidité due à l'acide chlorhydrique augmente légèrement et que, à partir de 30 c. c., il y a diminution de l'acidité et de la formation des peptones. Disons de suite, pour en finir avec l'alcool, que Blummenau (2) a aussi fait des recherches exactes sur son action en donnant, dix ou vingt minutes avant chaque repas, 100 c. c. d'alcool en solution de 25 à 50 p. 100. Il a obtenu les résultats suivants : Au début de la digestion, l'acidité du suc gastrique et la quantité d'acide chlorhydrique sont diminuées et cet affaiblissement de la digestion est plus prononcé chez les personnes qui ne sont pas habituées (effet de l'accoutumance déjà noté par Wolff); les effets de l'alcool sont plus prononcés, si la concentration est plus grande; à partir de la troisième heure après le repas, la quantité d'acide chlorhydrique est plus considérable qu'à l'état normal; enfin, l'alcool provoque une sécrétion abondante de suc gastrique.

Wolff a fait des expériences sur la caféine; à partir de 20 centigr., cet alcaloïde diminue l'acidité et ralentit la formation des peptones. La nicotine (1 milligr.) lui paraît avoir d'abord une légère influence excitante, puis ensuite ralentit beaucoup la sécrétion.

Relativement aux amers, Wolff a vu le nitrate de strychnine (1 à 5 milligr.) augmenter habituellement la quantité d'acide chlorhydrique et le condurango rester sans action. Un grand nombre d'auteurs ont étudié l'action des amers et Lyon a résumé leurs travaux. D'après Czelcow, à doses fortes et moyennes ils tarissent la sécrétion gastrique, tandis que, à doses faibles, ils l'augmentent passagèrement. Leur action serait à peu près nulle pour Jaworski. Reichmann a expérimenté avec la centaurée, le trèfle, le quassia amara, l'absinthe, la gentiane, en donnant 12 grammes en infusion dans 250 grammes d'eau; ses conclusions sont les suivantes : Il n'y a pas de grandes différences dans l'efficacité des divers amers; chez les sujets à jeun, ils entraînent toujours la diminution de la sécrétion gastrique; une sécrétion très active se produit quand les amers ont quitté l'estomac, mais, pendant la digestion, ils ne paraissent exercer aucune influence; enfin, les infusions amères employées pendant plusieurs semaines ne déterminent pas de troubles fonctionnels. Se basant sur les résultats de ses observations, Reichmann recommande de donner les amers lorsque l'activité sécrétoire de l'estomac est intéressée, et une demi-heure avant les repas.

Pour Wolff, le chlorure de sodium, le sulfate de soude, le borate de soude diminueraient l'acidité; enfin, l'administration d'acide, lorsque ce dernier est en quantité insuffisante dans l'estomac, n'augmente pas l'acidité, mais favorise la peptonisation.

D'après Auguste Hoffmann, le courant galvanique, pourvu qu'il soit continué assez longtemps et que le courant soit assez intense, influence l'appareil sécrétoire de l'estomac (une électrode sur le dos et l'autre sur la

(1) *Archiv. für klin. Med.*, Bd. XVI, p. 22.
(2) *Wratch*, n° 42, 1889. — *Bullet. de th.*, 1890, 16.

région gastrique). Il y a excitation de la sécrétion du suc gastrique, dont la puissance digestive est normale; quelquefois l'acidité est un peu faible.

II

Traitement des hyperchlorhydries. — Le traitement de la gastroxie est très facile, car Rossbach a montré que l'on peut enrayer l'accès à son début en donnant au malade quelques verres d'infusion de thé faible ou simplement d'eau tiède. Si la crise a commencé depuis déjà quelque temps, l'ingestion d'eau a encore pour effet d'en diminuer l'intensité. Rossbach a proposé l'acide chlorhydrique comme moyen préventif en se basant sur une théorie non démontrée; en réalité, le véritable moyen préventif sera l'éloignement des causes de la maladie.

Le traitement de l'hyperchlorhydrie chronique a été formulé dans tous ses détails par MM. Lyon (Thèse, p. 143 et suiv.) et Huchard (1). Nous allons l'exposer d'après leurs travaux.

a) *Traitement hygiénique.* — Le malade devra éviter toutes les causes nerveuses qui ont souvent une influence assez grande sur la maladie; se garder aussi bien des fatigues cérébrales dues au travail que de celles tenant à la vie mondaine. Il ne faut pas travailler après le repas, précepte hygiénique qui convient, du reste, à tout le monde; mais, après un repos d'une demi-heure, faire un exercice modéré. Les recherches de Groudzew ont, en effet, démontré que la perspiration cutanée diminue les sécrétions gastriques. Le tabac doit être défendu, car il a une action nocive sur la motilité.

Les prescriptions alimentaires devront être minutieuses. Le malade supprimera le thé, le café et l'alcool, ainsi que tous les mets et toutes les substances qui peuvent exciter la sécrétion gastrique : charcuterie, condiments, gibier, etc. Les féculents, les légumes verts riches en cellulose (choux) sont nuisibles parce qu'ils sont très mal digérés dans un estomac qui contient trop d'acide chlorhydrique; ils s'y accumulent et le dilatent. Aussi la dilatation est-elle très fréquente dans l'hyperchlorhydrie. Les pâtisseries, les corps gras, le pain frais sont très mal digérés, et Lyon recommande de ne permettre aux malades que le pain grillé dans lequel l'amidon est en partie transformé en dextrine.

Dans certains cas, on pourra permettre le vin, mais il faudra toujours n'en donner que fort peu, et de préférence du vieux vin rouge, riche en tannin. Comme bières, on choisira les bières à fermentation haute, l'extrait de malt. Dans l'hyperchlorhydrie avec dilatation, M. Huchard recommande le régime sec et l'emploi des lavements aqueux pour calmer la soif. M. Lyon regarde, au contraire, comme dangereux de diminuer la quantité des boissons, car le suc gastrique a besoin d'être très dilué. En tout cas, il faut supprimer les eaux de table, qui, pour la plupart, sont chargées d'acide carbonique et peuvent contribuer à augmenter la dilatation du ventricule.

Le régime lacté est indiqué au début de la maladie quand les douleurs sont très vives ou qu'il y a des symptômes d'ulcère ; il ne faut pas le continuer exclusivement pendant trop longtemps ; en donnant un verre de lait au moment des crises nocturnes, on obtient d'excellents effets (G. Sée). Il

(1) Société de thérapeutique, 23 avril 1890.

faut hacher soigneusement les viandes qui, du reste, sont bien digérées et conseiller l'usage fréquent des œufs. Il faut toujours recommander une une mastication complète.

M. Lyon conseille de régler l'alimentation de la manière suivante : le matin, un verre de lait comme premier déjeuner, deux repas, à midi et à sept heures, mais le repas du soir très léger pour tâcher de prévenir la crise nocturne douloureuse. On pourrait combattre cette dernière par une légère collation. Le lait et les œufs neutralisent l'acide chlorhydrique en le faisant entrer dans une combinaison avec l'albumine.

b) *Traitement local.* —Il faut avant tout neutraliser l'excès d'acidité du suc gastrique et on y arrivera par l'emploi des alcalins. La question des doses est très discutée. M. Huchard conseille des doses fortes de bicarbonate de soude, 10 à 20 grammes par jour, que l'on donnera à distance des repas en se servant comme véhicule de boissons chaudes et théiformes; on pourrait remplacer le bicarbonate par la magnésie décarbonatée, qui ne dégage pas de gaz. M. Georges est aussi partisan des quantités élevées de bicarbonate et n'a vu de soulagement réel se produire chez ses malades qu'en donnant 10 à 15 grammes par jour, deux ou trois heures après le repas. Quand on donne le bicarbonate au moment du repas, il se combine avec l'acide chlorhydrique et alors la digestion des albumines ne se fait plus, en même temps qu'il se développe des fermentations anormales. M. Lyon est au contraire partisan des doses faibles d'alcalins, et cela pour plusieurs raisons. En premier lieu, il faut ne chercher à obtenir que la neutralisation de l'acide en excès, ensuite il fait remarquer que Jaworski a observé des cas d'arrêt brusque de la sécrétion gastrique chez des hyperchlorhydriques saturés d'alcalins ou traités à Carlsbad. Se basant sur les recherches de M. A. Robin, M. Lyon admet que 2 à 3 grammes par jour suffisent largement. En effet, pour saturer 1 gramme de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, il faut 1 gr. 50 de bicarbonate de soude ; comme il y a environ 150 à 250 gr. de suc gastrique à 4 p. 1000 d'acide chlorhydrique, on voit que la dose ci-dessus indiquée suffit pour ramener ce suc à un degré d'acidité normale. Ewald a conseillé un mélange de carbonate de potasse et de bismuth pris après le repas, et Rosenthal 3 à 4 gr. de bromure de sodium associés à 1 gr. de bicarbonate de soude, pris matin et soir. Citons la formule suivante due à Wolff, et qui reproduirait la composition des eaux de Carlsbad :

Sulfate de soude........................	30 grammes.
Sulfate de potasse........................	5 —
Chlorure de sodium........................	30 —
Carbonate de sodium........................	25 —
Biborate de sodium........................	10 —

Prendre trois fois par jonr une cuillerée à café, deux heures avant les repas.

Contre les vertiges on se trouvera bien de l'opium à petites doses, 2 à 3 gouttes de laudanum ou quelques centigr. de poudre de Dower. L'atonie intestinale sera combattue (G. Sée) par le mélange de magnésie, crème de tartre, soufre sublimé et lavé à parties égales une — cuillerée à dessert avant chaque repas. La magnésie est un excellent laxatif et de plus a, comme le bicarbonate, une action sur l'acidité du suc gastrique. Le cascara sagrada, la podophylle sont encore très utiles. Comme il y a souvent acholie, au moins relative, la formule suivante sera souvent envoyée avec avantage:

Benzoate de soude	}	åå 5 grammes.
Poudre de rhubarbe	}	
Poudre de noix vomique		25 centigr.

Pour dix cachets : deux ou trois par jour.

Le lavage de l'estomac n'est utile que lorsqu'il y a dilatation. Cependant M. Huchard le conseille dès le début.

Les intermittences cardiaques, qui existent dans beaucoup de cas, disparaîtront par l'usage du bromure de potassium.

Comme eaux minérales, on prescrira surtout celles de Vichy, en choisissant les sources qui contiennent le moins d'acide carbonique, celle de l'Hôpital, par exemple. On en donnera pour commencer (A. Robin cité par Lyon) environ 120 grammes 2 fois par jour, en laissant échapper un peu de gaz avant de boire. Dans les eaux de Vals, on prescrira celles des sources Précieuse et Désirée. La source Saint-Louis d'Olette (Pyrénées-Orientales) ou la source Mahourat de Cauterets seraient très utiles. A. Robin recommande, dans certains cas, de faire d'abord une saison à Aix (douches et massage) et d'aller ensuite à Vichy ; les malades affaiblis se trouveraient bien d'une cure à Saint-Nectaire, précédée d'un traitement à Plombières. Les cures de raisin, 500 à 800 grammes par jour, sont parfois suivies de bons résultats.

c) *Traitement général.* — Il sera dirigé contre l'anémie et les symptômes nerveux. Le tartrate ferrico-potassique est une des meilleures préparations ferrugineuses :

Tartrate ferrico-potassique	0 gr. 05 centigr.
Poudre de rhubarbe	0 gr. 05 —
Extrait de quinquina	0 gr. 20 —

Pour une pilule ; une avant chaque repas.

Ce n'est souvent qu'après la guérison de l'état hyperchlorhydrique que l'on pourra recourir à l'administration des préparations martiales.

Chez les nerveux, on emploiera surtout l'hygiène, l'hydrothérapie, en se servant des douches chaudes, et le massage. Il va sans dire que le massage de l'estomac est contre-indiqué chez les hyperchlorhydriques.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

Deux observations de calculs vésicaux volumineux ayant pour noyaux des épingles à cheveux (1),

Communiquées à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 janvier 1890,

Par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Obs. II. — Mme M..., âgée de 34 ans, femme de chambre, vient me consulter au mois de mars 1890 sur la recommandation de mon confrère et ami le docteur Morin. Sa santé est habituellement bonne et on ne retrouve chez elle aucun antécédent morbide. Toutefois elle aurait eu, pendant ces derniers temps, des douleurs abdominales attribuées à des coliques néphrétiques ; elle n'a cependant jamais rendu de calcul.

Au mois d'août 1890, après une de ces crises douloureuses, elle éprouva quelques difficultés pour uriner et s'imagina, dit-elle, qu'un gravier s'était arrêté dans l'urètre ; elle chercha à en faciliter l'issue en introduisant une épingle à cheveux dans le canal ; celle-ci lui échappa et tomba dans la vessie. C'est seulement un mois après que quelques douleurs apparurent à la fin de la miction.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin 1890.

Un tel état ne persista pas longtemps et bientôt se montrèrent des symptômes de cystite. Vers la fin du mois de septembre, les besoins devinrent plus précipités, plus impérieux, les urines se troublèrent ; enfin, dans l'intervalle des mictions, quelques douleurs furent ressenties pendant la marche et surtout sous l'influence des secousses d'une voiture.

Pendant quatre à cinq mois, l'intensité des symptômes augmenta progressivement sans qu'il y ait eu d'accidents notables à signaler. Les besoins furent de plus en plus rapprochés et finirent par se répéter toutes les vingt à vingt-cinq minutes ; rarement les urines s'échappèrent involontairement. La marche, les secousses étaient pénibles, la miction douloureuse pendant toute sa durée, mais surtout à la fin ; les urines, parfois presque limpides, abandonnaient habituellement un dépôt blanc et visqueux ; jamais la malade n'y remarqua la présence du sang ou une teinte rouge, même après de grandes fatigues. La situation était, on le voit, assez lamentable ; cependant la malade a, jusqu'à la fin de février, continué son service de femme de chambre ; jamais elle n'avait suivi de traitement.

Le 15 mars, l'exploration me permit de constater l'état suivant :

La vulve est rouge, la muqueuse urétrale légèrement saillante et œdématiée. Par le toucher vaginal, on trouve la paroi antérieure sensible, mais on ne constate pas facilement, au travers de cette cloison, la présence d'un corps étranger ; si au contraire on combine le palper hypogastrique et le toucher vaginal, on arrive à sentir, sans la délimiter bien nettement, une masse assez volumineuse. Cette manœuvre détermine une vive douleur.

L'urètre est libre ; un explorateur en gomme le parcourt librement, et, dans la vessie, va se heurter contre une masse résistante. Une sonde de gomme livre passage à une certaine quantité d'urine trouble ; les lavages amènent au dehors une petite quantité de pus. La vessie n'est pas très intolérante, on peut y injecter 80 grammes de liquide sans provoquer le besoin d'uriner ; dès que celui-ci apparaît, le liquide est chassé par une contraction brusque. L'explorateur métallique rencontre un calcul dont le grand diamètre ne paraît pas dépasser 5 centimètres.

Les reins et les uretères sont normaux.

Le 30 mars 1890, je procède à l'extraction des corps étrangers avec l'aide de MM. les docteurs Wickham et Roux ; je me proposais d'employer la dilatation forcée de l'urètre.

La malade étant soumise au chloroforme ; des lavages de la vulve, des cuisses, de l'hypogastre et du vagin sont pratiqués. La vessie est largement irriguée avec une solution d'acide borique : 60 grammes environ en sont tolérés. J'introduis alors la pointe du dilatateur que Dolbeau a fait construire pour la lithotritie périnéale ; j'en écarte les branches lentement et à plusieurs reprises ; la dilatation se fait ainsi très régulièrement et l'urètre atteint un diamètre de deux centimètres et demi ; l'index pénètre facilement dans la cavité vésicale et constate la présence d'un calcul volumineux, allongé transversalement, dirigé de haut en bas et de gauche à droite et dont on ne peut contourner les extrémités ; en aucun de ses points on ne sent la saillie que produirait une des extrémités de l'épingle à cheveux. La masse calculeuse est d'ailleurs fixée et on ne peut lui imprimer le plus léger mouvement. Je procède alors au broiement à l'aide d'un casse-pierre introduit fermé, puis ouvert ; je saisis non sans difficulté l'extrémité du calcul, qui, contre mon attente, est assez résistant ; il éclate cependant et, à l'aide de tenettes et de pinces longues, je parviens à déblayer une assez grande quantité de débris. Mon doigt constate alors la présence des deux branches de l'épingle, qui est dirigée de haut en bas et de gauche à droite et dont les extrémités s'engagent dans la paroi vésicale en bas, à droite, dans la région du bas-fond et pénètrent à une certaine profondeur.

L'autre extrémité se perd dans ce qui reste de la masse calculeuse, considérable encore. Tout cet ensemble restait fixe, et j'essayai en vain de lui imprimer des mouvements. Supposant que l'extrémité de l'épingle que je sentais sous mon doigt et qui s'enfonçait dans les tissus était la pointe, j'essayai de la dégager en la soulevant avec une pince, mais elle ne bougea pas et on sentait la paroi vésicale entraînée en même temps par chaque traction. Devant une telle difficulté, je voulus alors achever de décor-

tiquer l'épingle de son enveloppe calculeuse; mais la vessie, très contractile, se resserrant et l'espace laissé libre au brise-pierre lors des premières manœuvres étant à peine suffisant pour permettre l'introduction de l'extrémité du doigt, le brise-pierre ne put y être porté librement. Les mouvements étaient, de plus, génés par la présence de l'épingle; craignant de continuer des manœuvres trop offensives et, en agissant presque au hasard, de causer des déchirures dont je ne pouvais mesurer l'étendue, je me décidai à attaquer la vessie par une autre voie. J'introduisis un cathéter cannelé sur sa convexité, je le conduisis sur la paroi vésicale inférieure, et, le vagin étant écarté par une valve de Sims, je pratiquai une incision de la paroi vésico-vaginale.

Pénétrant par cette boutonnière, j'essayai de nouveau, mais vainement, de mobiliser l'épingle, dont les extrémités demeurèrent fixées dans les parois. Je brisai alors, avec le casse-pierre, la masse calculeuse qu'il n'avait pu atteindre et dont le volume représentait à peu près le double de ce que j'avais déjà extrait. L'épingle restait seule, je fus étonné de constater que la partie supérieure libre était l'extrémité pointue et que la partie recourbée avait pénétrée dans les tissus ; on aurait dit qu'elle avait été introduite de dehors en dedans en perforant la paroi. Ainsi s'expliquait son extrême fixité.

Il était difficile de faire basculer l'épingle dans la situation où elle se trouvait, d'autant plus que j'ignorais à quelle profondeur la tête pénétrait; pour les mêmes raisons je craignais d'inciser de proche en proche les tissus, jusqu'à libération du corps étranger. La section d'une des branches n'aurait été d'aucun secours, car l'anse serait restée dans la paroi. J'essayai alors de faire saillir cette anse par des tractions modérées, en saisissant la tige le plus près possible de la muqueuse vésicale; mais les diverses pinces employées lâchaient prise dès que la traction était un peu énergique; je dus employer un porte-aiguille dont les branches très courtes, donnaient beaucoup de solidité à la saisie. Je pus ainsi, en progressant lentement, attirer l'anse tout entière au dehors, et je n'eus plus qu'à retirer l'instrument chargé de l'épingle.

Une dernière vérification de la cavité vésicale ne révéla l'existence d'aucun débris; le saignement était peu abondant. Dans la crainte que des manœuvres aussi multipliées n'eussent produit une lésion grave des parois, je voulus ménager à l'urine, une large issue et je ne suturai pas la vessie d'une façon exacte; je me contentai de rapprocher les lèvres de la plaie vésicale au moyen de trois points de suture au crin de Florence, en m'assurant qu'une injection poussée par la vessie refluait librement dans le vagin. Cette dernière cavité fut remplie de gaze iodoformée; enfin je plaçai une sonde à demeure.

Pendant la journée, la malade accusa quelques douleurs à la région hypogastrique, surtout du côté droit; la température fut de 37°4. L'urine, très rouge, s'écoule à la fois par la sonde et par le vagin.

Le lendemain, la température reste normale, les douleurs diminuent, je retire la gaze iodoformée et je fais faire des irrigations vaginales boriquées trois fois par jour. La malade est encore mouillée, mais la plus grande quantité de l'urine passe par la sonde.

1er avril. — Les lavages vésicaux peuvent être faits efficacement, car la presque totalité du liquide revient par la sonde: ils entraînent une grande quantité de débris blanc-rougeâtres; les urines ne sont plus teintées.

3 avril. — Il ne passe plus d'urine par le vagin.

5 avril. — Le liquide de l'injection vésicale reflue tout entier par la sonde, les communications vésico-vaginales paraissent oblitérées; la sonde est toujours maintenue à demeure.

Les jours suivants, la malade se rétablit peu à peu, les urines deviennent de plus en plus limpides. Au dixième jour, je retire les crins de Florence; au douzième, j'enlève la sonde à demeure, la malade se lève. Les premières mictions furent un peu douloureuses, un peu fréquentes. Mais, dès le vingtième jour, elle n'accuse plus qu'une légère difficulté à retenir ses urines au moment d'un effort, d'une secousse brusque; la miction est d'ailleurs normale. *(A suivre.)*

REVUE DES JOURNAUX

Comment le médecin doit soigner la peau de ses mains. (*Courrier médical*, 1889, 48, et *Berlin. Klin. Woch.*) — Les lavages fréquents avec ou sans antiseptiques irritent la peau et produisent des excoriations ou des rougeurs. M. Meyer conseille de frotter les mains, après les avoir lavées et séchées, avec une des pommades suivantes qui lui ont été conseillées par le professeur Liebreich : 1° lanoline, 50 grammes; vanilline, 5 centigrammes, essence de roses, 1 goutte; — 2° lanoline, 100 grammes; paraffine, 25 grammes; vanilline, 1 centigramme; essence de roses, 1 goutte. — P. N.

Sur l'étiologie et le traitement de la coccygodynie, par le docteur GRÆFFE. (*Zeitschrift für Geburts. med. Gynakologie*, t. XV, f. 2, et *Revue hebd. de th. gén. et thér.*, 1889, 48.) — D'après M. Græfe, les coccygodynies qui surviennent pendant l'état puerpéral ne sont pas souvent la conséquence d'un traumatisme; presque toujours elles sont l'expression d'un état morbide du nerf sacré et du nerf coccygien, état morbide qui, d'ordinaire, remonte au début de la grossesse.

Pour faire le diagnostic causal, on maintient le sacrum en position fixe, et on éprouve la sensibilité de l'os, du périoste et des articulations voisines. S'il n'existe pas de douleur locale provoquée, c'est qu'on a affaire à une névralgie du plexus coccygien. Il faut alors recourir au traitement préconisé par le professeur Seeligmuller, et qui cousiste dans l'emploi du courant faradique : l'un des pôles sera placé sur le sacrum, l'autre sera promené sur la région du coccyx et les parties avoisinantes. A chaque séance, on augmentera l'intensité du courant faradique.

Chez cinq malades traités par l'auteur, trois à huit séances de faradisation ont suffi pour amener la guérison. — P. F.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin. — Présidence de M. NICAISE.

SOMMAIRE : Cystopexie. — Contagion du tétanos. — Traitement de la péritonite tuberculeuse.

M. TERRIER fait un rapport sur cinq observations de cystocèle vaginale envoyées par MM. TUFFIER (deux), DE VALTAS (deux), DUMORET (une), qui ont traité la maladie par la *cystopexie*, opération qui a pour but de fixer la vessie prolabée à la paroi de l'abdomen, au-dessus du pubis. Cette opération a été appelée *gastro-cystorrhaphie* par M. de Valtas. Le premier cas de ce chirurgien se rapporte à une femme de 36 ans qui avait une cystocèle vaginale entraînant des troubles notables de la miction et des douleurs vives. Après avoir distendu et redressé la vessie en injectant 450 grammes d'une solution résorcinée, M. de Valtas pratiqua une incision de 6 centimètres à l'hypogastre et plaça deux points de suture perdue avec du fil de catgut n° 4. Les fils partaient d'un côté de la paroi abdominale sans intéresser la peau, traversaient les couches superficielles de la vessie et venaient ressortir du côté opposé de la même façon. Le ventre fut refermé par des sutures superficielles recouvertes d'un pansement antiseptique, puis les choses marchèrent régulièrement. Il fallut d'abord, pendant les premiers jours, faire deux fois par vingt-quatre heures le cathétérisme vésical, puis tous les accidents disparurent. Actuellement, l'opération date de six mois et la cystocèle reste bien réduite.

Le deuxième cas de M. de Valtas rappelle à peu près complètement le premier et se rapporte aussi à une cystocèle vaginale simple. L'auteur insiste sur la facilité de l'opération, qui maintient très bien la vessie et est préférable à celles que l'on peut pratiquer par le vagin; dans ce cas, en effet, on n'agit jamais qu'indirectement.

Le cas de M. Dumoret se rapporte à une femme de 48 ans qui avait à la fois une cystocèle vaginale énorme et une chute de l'utérus pour laquelle elle avait déjà subi l'am-

putation du col. En novembre 1889 la cystocèle avait le volume d'une tête de fœtus, entraînait des souffrances très vives. De plus, la malade ne pouvait pas porter de pessaires. M. Dumoret obtint d'abord l'asepsie du vagin et de la vessie par des lavages longtemps continués, puis il opéra au mois de décembre dernier. Après avoir distendu la vessie par une injection boriquée, il fit une incision hypogastrique de 5 centimètres. Une anse intestinale adhérente à la vessie se présenta et il fallut détruire ces adhérences. Le chirurgien passa ensuite ses fils dans la paroi abdominale, la peau exceptée, et dans le péritoine vésical seul. Quatre anses de fils furent ainsi placés de chaque côté. Des fils furent aussi placés sur la paroi antérieure de la vessie dans la partie touchant au cul-de-sac vésico-abdominal. Une sonde fut placée à demeure. Tout alla bien d'abord, mais, après quelques jours, il survint une broncho-pneumonie, probablement de nature grippale, qui emporta la malade. L'autopsie permit de constater que la plaie prévésicale était bien réunie et l'adhérence de la face antérieure de la vessie à la paroi absolument complète. Du côté du vagin, il y avait cependant un peu de prolapsus. Les poumons étaient atteints d'hépatisation grise. Se basant sur les résultats imparfaits obtenus, M. Dumoret admet qu'il faut opérer de bonne heure et faire l'hystéro-cystopexie et parfois l'élytrorraphie.

Dans son mémoire, M. Tuffier rapporte les résultats d'expériences qu'il a faites sur des chiennes, afin de rechercher si la vessie pouvait fonctionner normalement lorsqu'elle était fixée par des adhérences et si les uretères n'étaient pas courbés. S'étant assuré que tout se passait convenablement, M. Tuffier opéra de la manière suivante : Après avoir distendu la vessie et fait l'incision de la taille hypogastrique, il décolla le péritoine des parois latérales de la vessie jusqu'à la paroi vaginale et remonta à 2 centim. plus haut, afin de s'éloigner de l'uretère ; il fit ensuite de chaque côté quatre sutures de la vessie à la paroi abdominale à l'aide de fils de soie qu'il ne faut pas trop tendre, mais assez seulement pour réduire le prolapsus. Peut-être, lorsque cela est possible, pourrait-on raccourcir l'ouraque quand la fixation n'est pas suffisante; on termine par la suture en étages de la plaie abdominale.

Le premier cas que M. Tuffier a opéré se rapporte à une personne de 29 ans à laquelle on avait déjà fait l'hystéropexie pour un prolapsus utérin. La cystopexie fut fait en mars 1889, de telle sorte que M. Tuffier est le premier à l'avoir employée. La malade dut subir, sept mois plus tard, une dernière petite opération complémentaire, l'urètrorrhaphie antérieure, afin de combattre la saillie de l'urèthre et de la partie la plus antérieure de la vessie. La seconde opération a été faite il y a fort peu de temps.

M. Terrier divise les cystopexies en deux classes selon qu'elles sont intra ou extra-péritonéales, et, vu le petit nombre des observations, ne se prononce pas sur la valeur de ces différentes méthodes. Personnellement la colporraphie et l'élytrorraphie lui ont jusqu'ici suffi.

M. Bouilly ne croit pas à la valeur des opérations employées par MM. Dumoret et Tuffier, parce que, pour lui, elles reposent sur une conception fausse de la cystocèle. Elle dépend de la laxité de la paroi vaginale qui devient trop ample et du manque de résistance du plancher péritonéo-vaginal. Dans ces conditions, on aura beau suspendre la vessie à un point de la paroi abdominale, le prolapsus se reproduira. C'est la colporraphie, avec la colpopérinéorraphie que l'on doit employer contre la cystocèle. On semble actuellement rechercher des procédés difficiles et dangereux; tandis que les opérations sur le vagin sont faciles et bénignes. Quant au raccourcissement de l'ouraque, il ne semble à M. Bouilly ni facile, ni pratique.

M. Verneuil regrette aussi que l'on complique sans cesse les pratiques chirurgicales. Les opérations anciennes employées contre la cystocèle vaginale sont excellentes, et il n'y a pas lieu d'en chercher de nouvelles. Les colporraphies et périnéorraphies sont faciles et sans danger; elles arrivent très bien au but que l'on se propose. Le raccourcissement de l'ouraque doit être inutile.

M. Pozzi partage l'opinion de M. Verneuil. Du reste, dans un des cas de M. Tuffier, il a fallu ultérieurement faire une élytrorraphie. Byford (de Chicago) a suturé le fond du vagin pour relever la vessie, et, ultérieurement, il a fallu faire la colporraphie. Les

sutures et les adhérences qui doivent maintenir le prolapsus ne résisteront pas toujours à l'effort. En somme la colporraphie et la périnéorraphie sont préférables.

M. Richelot pense que l'on ne doit songer à la cystopexie qu'après avoir tenté la colporraphie.

Pour M. Terrier, dans les prolapsus, des altérations étendues existent au niveau du plancher pelvien; cependant les méthodes anciennes ne réussissent pas toujours à guérir les malades, et peut-être alors devra-t-on songer à la cystopexie. Cette opération n'offre aucune difficulté spéciale et les bons chirurgiens peuvent tous la faire.

— M. Reynier rapporte une observation de *contagion du tétanos*. La nature microbienne de la maladie n'est pas entièrement démontrée et l'observation qu'il apporte semble convaincante à ce point de vue.

Au commencement du mois de mai dernier, M. Reynier soignait dans son service une femme de 26 ans atteinte de gangrène humide de cinq orteils aux deux pieds. La gangrène était survenue à la suite du froid et de marches prolongées avec des chaussures mal faites. Il n'y avait pas de diabète. Le tétanos se développa comme d'habitude en commençant par le trismus et la malade fut emportée en deux jours.

M. Reynier inocula à des cobayes du pus pris au niveau du gros orteil gauche quand la malade vivait encore et l'inocula sous le flanc d'un lapin et d'un cobaye; le lendemain il fit une nouvelle inoculation à un cobaye. Trente-six heures après l'inoculation le le premier cobaye fut pris de crises tétaniques et mourut en sept heures. Le lapin eut quelques contractures et survécut, le deuxième cobaye n'eut rien. Cependant M. Sanchez Toledo parvint à obtenir des inoculations positives sur un lapin et des souris et trouva dans le pus le bacille de Nicolaïer; ce bacille fut obtenu en culture pure et reproduisit la maladie. Il existait aussi dans une terre envoyée de Libourne que M. Sanchez Toledo étudiait dans le même temps.

M. Reclus a observé un cas de tétanos mortel après la kélotomie. Les inoculations faites par M. Sanchez sur des cobayes ont réussi; mais on n'a pas trouvé le bacille. Il existe dans la terre du jardin de l'hôpital.

M. Verneuil rappelle qu'avant d'admettre l'origine tellurique du tétanos, il faut faire avec grand soin une enquête afin de s'assurer si il n'y a pas eu un cas développé à la suite de rapports avec des chevaux.

M. Kirmisson a vu un cas de de tétanos après une fracture compliquée de la jambe. Des inoculations faites à des cobayes ont été positives, mais on n'a pas trouvé le bacille.

— M. Terrillon présente une jeune fille à laquelle il a fait la laparotomie pour de la *péritonite tuberculeuse*. Il a détruit les adhérences et nettoyé la cavité. Actuellement la malade est guérie.

M. Richelot a eu le même succès dans deux cas à forme ascitique.

M. Terrier rappelle que l'on peut trouver sur le péritoine des granulations très diverses. Il faut faire des inoculations pour être sûr de leur nature. Cependant une amélioration peut se produire dans le péritonite tuberculeuse vraie.

M. Duplouy a eu un succès dans un cas à forme ascitique.

M. Quénu insiste sur la nécessité de distinguer les différentes variétés de péritonite tuberculeuse.

— M. Berger présente un malade auquel il a fait la *cholécystotomie*. Il persiste une fistule par laquelle il a pu extraire des calculs. Les canaux ne sont pas oblitérés.

— M. Terrillon présente une tumeur de la moitié supérieure du rein.

FORMULAIRE

PRISES ANTIDIARRHÉIQUES. — Bamberger.

Acide tannique pur......................	0 gr. 80 centigr.
Opium pur pulv......................	0 gr. 30 —
Sucre blanc pulv......................	5 grammes.

Mêlez et divisez en 6 à 12 prises. — Une prise trois fois par jour, pour remédier à la diarrhée atonique des personnes atteintes d'entérite chronique. — Lavements de guimauve ou d'amidon additionnés de quelques gouttes de teinture d'opium; régime sévère. — N. G.

COURRIER

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1890-1891.

En conséquence, ils devront se présenter au secrétariat général de l'administration, 3, avenue Victoria, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : A MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 24 juin, à trois heures, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, 3, avenue Victoria; à MM. les élèves internes de 1re année, le vendredi 27 juin, à trois heures.

— Par décrets en date du 18 juin 1890 :

I. Il est enjoint à toute personne logeant un ou plusieurs voyageurs venant d'Espagne d'en faire la déclaration à la mairie de la commune dès l'arrivée du voyageur. Cette obligation s'applique non seulement aux aubergistes et aux logeurs en garni, mais encore à tout particulier.

La même déclaration devra être faite par les personnes ci-dessus dénommées pour tout cas suspect survenu dans leur maison et dès l'apparition des premiers accidents.

Les contraventions aux dispositions du présent décret seront constatées par des procès-verbaux et poursuivies conformément à l'article 14 de la loi du 3 mars 1822, qui punit d'un emprisonnement de trois à quinze jours et d'une amende de 5 à 50 francs quiconque aura contrevenu, en matière sanitaire, aux ordres des autorités compétentes.

II. Est interdite, jusqu'à nouvel ordre, l'importation d'Espagne en France, par les frontières de terre et de mer, des fruits et légumes poussant dans le sol ou à niveau du sol.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

PHOSPHATINE FALIÈRES. — Aliment des enfants.

VIN DUFLOT guérit *Goutte* et *Rhumatisme*. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Phthisie, Bronchites, Catarrhes. — **L'Émulsion Marchais**, la meilleure préparation créosotée, diminue expectoration, toux, fièvre et active la nutrition. Dr Ferrand (*Tr. médecine*).

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

Le traitement moderne des maladies de l'estomac (1).

III

Traitement des anachlorhydries. — Comme le fait remarquer Lyon, il faut prend le contre-pied du régime des hyperchlorhydriques. C'est dire que l'on permettra l'usage de la plupart des aliments défendus à ces derniers, surtout si l'on réfléchit que, dans l'anachlorhydrie, la digestion des amylacés se fait très facilement, tandis que celle des viandes est pénible. Il faudra donc ne donner que peu de viande et choisir les viandes blanches, que l'on devra diviser finement. Tous les aliments existants seront permis. C'est ainsi que le malade pourra faire usage de la viande de porc salée en purée, des confits de volaille, de la salade, des fromages faits, etc.

D'après Lyon, l'alcool à doses faibles est utile et on devra ordonner aux repas l'usage de vin blanc qu'il sera bon de couper avec les eaux de Bussang, de Condillac, etc.

L'emploi du régime lacté sera exceptionnel ; on devra le conseiller seulement dans le cas où l'estomac du malade sera épuisé par une alimentation exagérée.

Le traitement local comporte une double indication : 1° Exciter la sécrétion du suc gastrique ; 2° donner à ce suc gastrique l'acide qui lui manque.

Les amers seront employés pour remplir la première indication, et on pourra se servir de teintures de colombo, de gentiane et surtout de noix vomique. Lyon recommande surtout l'usage des alcalins à faible dose, que l'on donnera avant les repas. C'est ainsi que la formule suivante sera utile :

Bicarbonate de soude........................	ââ 0 gr. 20 centig.
Craie préparée..............................	
Magnésie décarbonatée	

Pour G. Sée (*Du régime alimentaire*, 1887, p. 321), la meilleure boisson digestive est le thé. Il recommande de faire une infusion très légère, d'en boire au moins un demi-litre et de n'absorber la boisson que lorsque sa température est élevée. Le thé remplacera très avantageusement le vin au repas de midi. Notre éminent maître regarde comme exagérées les craintes du théisme que l'on a décrit dans ces dernières années. Du reste, un grand nombre de peuples font un grand usage du thé, tels sont les Chinois, les Japonais et les Russes ; ils en boivent de grandes quantités sans sucre et sans addition d'alcool, et s'en trouvent généralement très bien.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Habituellement on emploie 15 à 20 grammes de thé pour faire une infusion dans 1 litre d'eau; comme le fait remarquer Riche, il y a trop peu d'azote dans cette minime quantité pour que cette proportion si faible joue un rôle notable dans l'alimentation. Afin d'avoir une action utile sur la digestion, il faut que l'infusion de thé soit absorbée chaude. Du reste, même dans ces conditions, cette boisson calme mieux la soif que la même quantité d'un liquide froid. Il ne faut pas croire, cependant, que l'on puisse absorber impunément des quantités de thé trop considérables; la digestion se trouve alors gênée par l'abondance du liquide. D'autre part, il est certain que le thé est excitant, surtout certaines espèces de thé vert, et les personnes sujettes aux palpitations, si fréquentes du reste dans certaines maladies de l'estomac, feront bien d'être réservées dans son usage.

L'emploi de l'acide chlorhydrique semble naturellement tout indiqué dans le genre de dyspepsies que nous étudions, et Trousseau l'avait conseillé depuis longtemps. En réalité, cependant, les indications de l'acide chlorhydrique sont très restreintes. Il est impossible, en effet, de comparer l'action de l'acide introduit artificiellement dans l'estomac à celle de l'acide qui s'y forme naturellement. Ce dernier agit à l'état de combinaison; la nature de cette combinaison est mal connue, mais elle existe certainement. Aussi n'y a-t-il pas la moindre comparaison à établir entre l'action de l'acide médicamenteux et celle de l'acide physiologique. Par contre, comme nous le verrons tout à l'heure, l'acide chlorhydrique est très utile dans les dyspepsies par fermentations anormales.

C'est surtout Talma qui a vanté l'action de l'acide chlorhydrique. Il le recommande dans le catarrhe chronique et même dans le cancer. Dans un cas de cancer, Talma a cru même, tellement l'amélioration était considérable, avoir commis une erreur de diagnostic; la marche de la maladie vint seule lui démontrer qu'il ne s'était pas trompé.

Riegel (cité par Lyon) n'a pas eu des résultats aussi heureux que ceux de Talma. Enfin Ewald conseille de donner l'acide à doses assez fortes; pour lui, les 10 à 15 gouttes que l'on administre d'habitude sont absolument inefficaces. Aussi prescrit-il 15 gouttes d'acide à prendre trois ou quatre fois après le repas, de quart d'heure en quart d'heure, et va-t-il parfois jusqu'à 100 gouttes.

Jaworsky a fait des expériences sur l'homme avec différents acides; pour ce qui est de l'acide chlorhydrique, il injectait dans l'estomac 3 grammes d'acide dilués dans 100 ou 200 grammes d'eau. Il a relevé parfois des phénomènes pénibles : douleur et goût acide dans la bouche. En analysant le suc gastrique, il a reconnu qu'l y avait beaucoup de peptones et que la réaction du mucus disparaissait.

Boas ordonne des doses fortes d'acide chlorhydrique, mais le considère comme contre-indiqué dans le cancer. Lyon conseille des doses faibles et préconise la formule suivante :

Acide chlorhydrique pur........................	4 grammes.
Eau	1,000 —

Un demi-verre une demi-heure après chaque repas. On peut encore faire prendre un demi-verre deux heures après le repas.

Georges prescrit aussi la solution à 4 p. 100. Mais, tandis que Bouchard va jusqu'à la dose de 750 grammes par jour, il ne dépasse pas celle de 450 grammes en vingt-quatre heures, chaque moitié de la dose étant prise

après les deux principaux repas. On introduit ainsi, le repas terminé, environ 0,64 d'acide dans l'estomac.

Un certain nombre d'auteurs ont eu l'idée, lors d'acidité faible, d'employer les acides organiques. Foweski a expérimenté les acides acétique, lactique et carbonique. Les deux premiers seraient fort peu actifs, car l'eau distillée produirait autant d'effet qu'eux; de plus, ils gêneraient la production physiologique de l'acide chlorhydrique. Par contre, l'acide carbonique exciterait la sécrétion de cet acide. Pour Rosenbach, de faibles doses d'acide nitrique ou acétique, diluées dans beaucoup d'eau, seraient parfois fort utiles.

Georges a fait sur l'action digestive des acides organiques des expériences démonstratives. Il a employé d'abord des solutions d'acide lactique à 2, à 10 et à 100 p. 1000. D'après lui, cet acide, combiné avec la pepsine, n'a aucune action peptonisante, en quelque quantité et à quelque titre qu'il soit employé, un mélange d'acide lactique et d'acide chlorhydrique avec de la pepsine possède un pouvoir peptonisant proportionnel à la quantité d'acide chlorhydrique contenue dans le mélange; ce pouvoir peptonisant est, du reste, inférieur à celui qu'aurait la même quantité d'acide chlorhydrique non mélangée à de l'acide lactique; en d'autres termes, l'acide lactique entrave la digestion produite par l'acide chlorhydrique et la pepsine. L'acide acétique et l'acide tartrique ont donné à Georges absolument les mêmes résultats.

Il ne reste donc à prescrire, comme acide, que l'acide chlorhydrique; il sera surtout utile, d'après Lyon, dans la dyspepsie des anémiques, tandis que ses effets seront à peu près nuls dans les dyspepsies anachlorhydriques avec lésions.

Le traitement général dépend de l'affection causale; il y aura fréquemment à conseiller l'usage des toniques, le séjour à la campagne, l'emploi des eaux minérales de Bussang, Spa, Forges, chez les anémiques et les convalescents qui souffrent souvent d'anachlorhydrie.

Il convient de dire un mot, avant de terminer ce chapitre, sur l'hygiène alimentaire dans le cancer de l'estomac. Comme le dit si bien M. Dujardin-Beaumetz (*Hygiène alimentaire*, p. 213), selon le siège et la variété du cancer, selon la marche plus ou moins rapide de l'affection, la symptomatologie et la thérapeutique sont variables. Il faut bien savoir, du reste, que, même dans les cancers les plus étendus, les fonctions digestives peuvent être normales. On doit conseiller l'usage des aliments en purée et prescrire plutôt les végétaux et les féculents que les aliments gras et azotés. Nous connaissons déjà les raisons pour lesquelles il convient de choisir ce régime.

IV

Traitement des dyspepsies par fermentation. — Naturellement, la base du régime alimentaire sera l'exclusion de tous les aliments capables de fermenter facilement dans l'estomac. D'où le rejet du sucre, du lait, des graisses, des féculents. Très souvent, le vin est mal supporté et, lorsque les malades souffrent de pyrosis, il est fréquent de voir des régurgitations brûlantes se produire chaque fois qu'ils ingèrent quelques gorgées d'un liquide alcoolique.

Le traitement médicamenteux n'est bien connu que depuis peu de temps. On croyait autrefois qu'il fallait, avant tout, neutraliser les acides formés

dans l'estomac et l'on administrait alors les alcalins. Les résultats étaient déplorables et les cliniciens se rendaient compte de ce fait sans pouvoir l'expliquer. « L'estomac contient une trop grande quantité d'acides, disait Trousseau, il faut les neutraliser. Pour obtenir ce résultat, il nous suffira d'administrer la craie, la magnésie, etc. En dépit de notre raisonnement, le mal augmente, la sécrétion acide devient plus abondante au lieu de diminuer. Nous en tenant à nos idées, nous ne voyons dans cette augmentation des accidents qu'une indication d'insister sur notre médication, nous nous empressons de doubler, tripler les doses, etc. Trompés dans notre attente, il ne nous reste plus qu'à rejeter sur l'opiniâtreté de la maladie ce qui ne doit être imputé qu'à notre malheureuse intervention. »

Les alcalins donnés après le repas seraient nuisibles, parce que, neutralisant le milieu gastrique, ils favoriseraient la fermentation lactique, qui ne se fait bien que dans un liquide neutre. On pourrait les administrer soit à très petites doses, et quelque temps avant de manger, pour favoriser la production d'acide chlorhydrique (Lyon), soit à la fin de la digestion (Bourget). « A ce moment, les alcalins pourraient exercer leurs bons effets en fluidifiant les mucosités et en neutralisant l'excès d'acide formé ou devenu inutile. On prépare ainsi la digestion intestinale en lui fournissant les alcalins nécessaires. » Il est certain que, dans certains cas de pyrosis se produisant tardivement, trois ou quatre heures après le repas, nous avons eu bien des fois l'occasion de constater que l'ingestion de bicarbonate de soude arrêtait immédiatement le symptôme.

L'acide chlorhydrique est particulièrement indiqué dans les dyspepsies par fermentations, car il arrête la production des acides organiques.

La dilatation est habituelle; on devra donc recourir au lavage de l'estomac avec de l'eau bouillie, de l'eau boriquée ou de l'eau chargée de naphtol. Lyon conseille la poudre suivante contre les flatulences :

Magnésie calcinée	àà p. ég.
Phosphate de chaux	
Charbon pulvérisé	
Fleur de soufre	

Le naphtol β sera aussi très utile pour arriver à réaliser l'antisepsie stomacale (Bouchard).

V

Traitement de la dilatation. — Comme l'ectasie gastrique peut accompagner des troubles divers du chimisme stomacal, il est évident que son traitement devra d'abord présenter quelques variétés. Mais bientôt, ainsi que le fait remarquer Lyon, il faudra avant tout s'occuper de traiter la dilatation elle-même, c'est-à-dire que l'on devra s'efforcer de débarrasser le ventricule des résidus alimentaires qui s'y accumulent; le lavage de l'estomac constituera donc une pratique très utile.

Le régime alimentaire des dilatés a été fixé dans tous ses détails par MM. Bouchard, G. Sée et Dujardin-Beaumetz. Voici le régime que prescrit M. Dujardin-Beaumetz (*Hygiène alimentaire*, p. 216) : 1° déjeuner à sept heures; 2° déjeuner à 11 heures; 3° dîner à sept heures et demie; ne jamais manger entre les repas.

Tous les aliments sont permis, mais il faut insister sur les viandes, les poissons, les œufs, les féculents, les légumes verts et les fruits.

Les viandes seront très cuites et plutôt braisées que rôties; les poissons seront cuits au bleu et à l'eau; les œufs seront très peu cuits; les féculents seront à l'état de purée; il faudra encore cuire beaucoup les légumes verts et, enfin, n'utiliser les fruits qu'en compote, excepté les fraises et le raisin.

Comme pain, le malade fera usage de pain grillé. Pour boisson, il prendra à chaque repas un verre et demi (300 grammes) de vin blanc coupé largement avec de l'eau d'Alet, pas de vin pur et pas de légumes. Enfin il ne boira jamais entre les repas.

M. Dujardin-Beaumetz complète son traitement par la prescription de cachets contenant parties égales de salicylate de bismuth, de magnésie anglaise et de bicarbonate de soude, et, s'il y a constipation, ordonne l'emploi de la poudre de réglisse composée.

Enfin l'hydrothérapie peut encore être très utile dans certains cas.

M. Sée donne volontiers une plus grande quantité de liquides. Il considère l'abstinence des boissons « comme une hérésie physiologique et un véritable danger ». Il a vu des malades réduits à une maigreur extrême et à une débilité effrayante parce qu'on ne leur permettait que deux tiers de litre d'eau vineuse par jour et la dilatation n'était pas guérie. Pour lui, « ce ne sont pas les liquides qui dilatent, c'est l'atonie des parois qui les laisse se dilater ».

Les traitements accessoires que l'on a proposés contre la dilatation ont donné peu de résultats. Lyon n'a jamais vu l'électrisation servir à quelque chose; le massage a été recommandé par Ewald et par M. Hirschberg.

Dans le cas de *gastrite*, il faut alimenter avec prudence, donner un peu d'acide chlorhydrique, laver l'estomac pour enlever le mucus. Peut-être l'administration de la pepsine pourrait-elle rendre, dans ce cas, quelques services.

Nos lecteurs sont sans doute étonnés de ne pas nous avoir encore entendu parler de l'emploi de la pepsine. C'est qu'il semble bien qu'il y a toujours assez de pepsine ou au moins de substance pepsinogène dans l'estomac, sauf dans le cas de destruction de la muqueuse (Bourget); enfin une quantité très minime de ferment suffit pour que la digestion s'accomplisse normalement. Georges n'a pas constaté de diminution de la pepsine dans la gastrite chronique, et, pour lui, il est inutile de donner de la pepsine à un estomac malade. D'après lui même cette introduction de pepsine peut être nuisible, car dans 142 recherches sur des liquides gastriques, il l'a vu seize fois entraver des digestions qui se produisaient plus ou moins bien sans elle. Concluons donc que la pepsine est inutile.

Dans la gastrite atrophique on devra, avant tout, veiller à l'intégrité de l'intestin.

VI

Terminons en indiquant le traitement des crises gastriques de l'ataxie par le bicarbonate de soude à hautes doses. Lyon a pu les faire disparaître en administrant 10 grammes du médicament en vingt-quatre heures.

Arrivés à la fin de cette longue revue sur les troubles des fonctions de l'estomac et leur traitement, nous espérons avoir montré à nos lecteurs que les nouvelles méthodes d'examen sont à la portée de tous, qu'elles sont absolument nécessaires peur le diagnostic, et qu'enfin, sans leur aide, le traitement reste presque entièrement empirique et ne peut reposer sur une base sérieuse.

Paul Chéron.

Deux observations de calculs vésicaux volumineux ayant pour noyaux des épingles à cheveux (1),

Communiquées à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 janvier 1890,

Par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

En ce qui concerne la première observation, j'ai peu de remarques à faire sur la marche qu'ont suivie les principaux symptômes. Ceux-ci montrent avec une grande netteté les conditions de tolérance de la vessie pour les corps étrangers. On voit, en effet, que des corps offensifs ont été supportés longtemps par la vessie sans donner lieu à aucune réaction, à aucune douleur véritable. Cette tolérance tient à deux conditions : à la position du corps étranger dans la vessie et à l'absence d'inflammation. Les recherches de Guyon et Henriet ont montré que la vessie, en se contractant, s'aplatit de façon à présenter deux faces triangulaires, antéro-supérieure et postéro-inférieure, et qu'elle conserve un diamètre transverse constant de 5 à 6 centimètres; ces recherches ont été faites sur l'homme. De nos observations personnelles, il résulte que, chez la femme, les conditions sont peu modifiées, malgré la présence de l'utérus et la saillie que dessine son col sur la paroi vésicale. On voit donc que ce diamètre constant est parfaitement suffisant pour que des épingles à cheveux puissent se loger dans le bas-fond sans que leurs extrémités exercent de pression sur la muqueuse vésicale.

Le rôle de l'inflammation est non moins nettement démontré; tant que la cavité vésicale reste aseptique, les mictions, normales, ne sont ni douloureuses, ni fréquentes; au bout de deux ou trois mois, la scène change tout à coup et, très rapidement, à la douleur, à la fréquence de la miction s'ajoute l'aspect purulent des urines : la cystite est constituée. Elle acquiert en quelques semaines une intensité peu commune; parmi ses conséquences, je ne signalerai que la contracture du muscle vésical. Deux faits la démontrent : c'est, avant l'opération, la suppression presque comcomplète d'une cavité pouvant contenir de l'urine et l'écoulement constant de celle-ci, d'autre part, l'hypertrophie considérable de la tunique musculaire que l'incision de la paroi vint mettre en évidence.

Quatre méthodes de traitement pouvaient être discutées ici. Je ne fais que signaler la lithotritie, qui reconnaissait de nombreuses contre-indications. Sans parler des difficultés extrêmes qu'auraient rencontrées l'introduction du brise-pierre et l'écartement de ses branches, la présence des corps étrangers, dont je ne connaissais ni la dimension, ni la position exacte, aurait rendu les manœuvres très dangereuses. Enfin, il fallait songer à la cystite intense qui existait et que la lithotritie n'aurait pas suffi à faire disparaître.

J'en dirai autant de la dilatation forcée de l'urètre; ici, comme dans toute autre circonstance, je me serais refusé à porter la dilatation au-delà de 2 centimètres 1/2 de diamètre, dimension que je considère comme le maximum qu'on puisse atteindre sans danger. Or, l'événement m'a prouvé que, avec une telle ouverture, les manœuvres nécessaires auraient été impraticables.

La taille hypogastrique réunissait évidemment le plus d'avantages; elle

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 21 et 24 juin 1890.

permettait de pratiquer une large ouverture, de voir la cavité vésicale, le calcul et le corps étranger, et donnait une liberté plus grande; enfin, on aurait pu appliquer des pansements appropriés sur la muqueuse vésicale et surtout, en laissant la vessie ouverte, on assurait la guérison de la cystite. Mais je rencontrais là une difficulté particulière d'exécution dans ce fait que la paroi vésicale, très contracturée, était presque inextensible. Pour développer le globe vésical et lui faire faire saillie à l'hypogastre, il aurait fallu pratiquer des injections forcées, poussées avec une grande énergie; or, en agissant ainsi, on aurait couru le risque d'amener une rupture de la vessie; les travaux de Pousson ont montré qu'en pareil cas, lorsque la vessie est très hypertrophiée, elle se rompt facilement après une distension forcée, non pas sous l'action même du liquide qu'on injecte, mais par l'effet de ses propres contractions sur une masse incompressible; le mécanisme est, on le voit, analogue à celui des ruptures de l'utérus pendant l'accouchement.

La seule voie qui me restait était donc la cavité vaginale; c'est l'incision de sa paroi antérieure qui présentait en réalité le moins d'inconvénients. Je pouvais ainsi faire une incision longue dont les bords, facilement écartés, mettaient à découvert une grande partie du calcul. Au cours de l'opération, il fut intéressant de voir le degré d'hypertrophie que peut atteindre une paroi vésicale soumise à des contractions violentes et presque constantes ; suivant les points, cette épaisseur atteignait de 10 à 15 millimètres. Les tissus étaient très vasculaires et plusieurs ligatures furent nécessaires. L'aspect de la surface de section était uniformément rouge, et en aucun point on ne voyait de traces de mortification des tissus; l'existence de points sphacélés était tout au plus révélée par l'apparition de débris de filaments blanchâtres dans le liquide des lavages.

Pendant les jours suivants, les bords de la plaie se sont sphacélés, et, jusqu'au quatrième jour, le travail destructif affecta une marche assez rapide; ce fait est rare et son interprétation n'est pas facile dans le cas actuel. En effet, on ne peut accuser les qualités de l'urine, car celle-ci a cessé d'être ammoniacale dès le premier jour; toute l'opération a été faite aussi antiseptiquement que possible, et je ne crois pas qu'il y ait eu là d'inoculation pendant les manœuvres; le tamponnement du vagin a été très modéré et n'exerçait aucune compression, enfin l'agent antiseptique employé était de l'iodoforme contenu en petite quantité dans la gaze préparée et un tel accident ne lui est pas imputable. On ne verra donc là que l'action d'une inflammation violente, d'une cystite interstitielle des plus intenses; ces complications de gangrène sont, en pareil cas, des plus rares.

Quoi qu'il en soit, la réparation de cette perte de substance s'est faite par un tissu de cicatrice dur et peu vasculaire, qui se prêtait mal à une autoplastie. Aussi, lors de la première suture que je tentai, la partie postérieure seule se réunit et c'était précisément celle qu'avait épargnée le travail de destruction dont je viens de parler.

Je n'insisterai pas sur les diverses tentatives qui ont été faites ni sur les échecs qui les ont suivies; le fait n'est malheureusement pas rare dans l'histoire des fistules vésico-vaginales. On remarquera surtout que chaque opération paraît avoir amené la réunion de la partie la plus postérieure de la plaie; celle-ci restait béante en avant, de sorte que, lors des dernières tentatives, au moment où M. Polaillon imagina son ingénieux procédé, la

fistule était devenue plus urétrale que vaginale et intéressait entièrement la région cervicale.

La deuxième observation nous fait voir, avec une intensité beaucoup moindre, les mêmes symptômes, c'est-à-dire une tolérance absolue de la vessie pour un corps étranger tant que la cystite ne s'est pas manifestée. Ici cependant, la vessie fut, jusqu'à la fin, assez tolérante pour que, malgré la formation d'un énorme calcul de plus de 40 grammes, la malade eût continué son métier de domestique.

Les difficultés de l'opération reconnaissent deux causes : la contractilité de la vessie et la fixité du corps étranger. J'ai pu, au cours de cette opération, comparer la facilité des manœuvres au travers du col dilaté et d'une boutonnière vésico-vaginale, puisque j'ai été obligé de modifier séance tenante mon plan opératoire. Dans le premier cas, la vessie conserve toute sa contractilité, on sent la disposition des parois se modifier à chaque instant; elles s'interposent entre le calcul et les instruments. Dès que la paroi vésico-vaginale est incisée, tout change, la vessie se livre, les parois restent flasques et on peut saisir facilement et en toute sécurité le corps étranger.

Le mode de fixation de l'épingle dans la paroi vésicale est tout à fait extraordinaire ; autant il est fréquent de voir signalée la perforation de la paroi vésicale par une extrémité pointue offensive, autant on est étonné de trouver dans le cas qui nous occupe, une épingle engagée dans les tissus par son extrémité mousse. Il semble, au premier abord, qu'une des pointes ait perforé la paroi, qu'elle ait, si l'on veut me passer l'expression, embroché un pli de la paroi vésicale qui aurait fait saillie à l'intérieur, puis que l'épingle se soit retournée et ait cheminé ainsi jusqu'à son extrémité en anse. On ne saurait admettre que ce soit au moment de l'introduction que ce fait se soit produit ; il est peu probable que la malade ait introduit l'épingle par la pointe et l'ait poussée avec assez de force pour perforer la paroi. Est-il plus vraisemblable que cette perforation ait été produite par les contractions vésicales, à une époque rapprochée du début, puisque l'épingle n'était pas encore encroûtée de sels calcaires ; mais à ce moment, il n'y avait pas de cystite et les contractions vésicales n'étaient pas exagérées : il faudrait admettre en plus un mouvement de bascule qui est bien difficile à expliquer, surtout dans cette région, qui est l'une des plus fixes de la vessie.

L'explication suivante me semble plus rationnelle. A une époque très rapprochée du début de la cystite, les pointes se sont recouvertes de concrétions calcaires et ont perdu ainsi leurs propriétés offensives. Les contractions vésicales devenant alors violentes, l'épingle, placée transversalement, mais aussi de haut en bas, exerçait une pression, au niveau de ses extrémités, sur la partie de la vessie avec laquelle elle était en contact. La tête étant placée en bas, près du bas-fond, dans une région relativement fixe, les pressions se sont exercées en un point toujours le même, d'où la production d'une ulcération et d'une perforation de plus en plus profonde. Les tissus qu'elle traversait, se trouvant cruentés, avivés par l'action de ce traumatisme, ont pu, au-dessus de l'anse de l'épingle, se réunir et se cicatriser en l'emprisonnant.

Je ne puis que signaler la rapidité de la cicatrisation de la plaie vésico-vaginale. Bien que la suture ait été des plus sommaires, puisque les points étaient espacés de plus d'un centimètre et que, aussitôt après les avoir placés, j'aie vu le liquide d'une injection s'écouler tout entier et librement de la

vessie dans le vagin, cependant la réunion était complète dès le quatrième jour et la cicatrice est restée solide.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin — Présidence de M. MOUTARD-MARTIN.

La correspondance comprend :

1° Un travail sur la rareté de la tuberculose pulmonaire dans la région de Saugues, par M. le docteur Gervais (de Saugues) ;

2° Un mémoire intitulé : « Contribution à l'étiologie et à la prophylaxie de la fièvre typhoïde due à l'infection par les planchers », par M. le docteur Boucher (médecin militaire).

— M. F. FRANCK lit un travail sur les *accidents de la chloroformisation*. Il pose les conclusions suivantes :

Les accidents nerveux cardio-pulmonaires de l'irritation des premières voies respiratoires par les vapeurs de chloroforme peuvent être graves par eux-mêmes, indépendamment de toute lésion préalable du cœur ou du poumon, surtout si les troubles respiratoires affectent la forme inhibitoire.

L'analyse détaillée des accidents montre que la suffocation peut résulter de la combinaison du spasme du larynx, de celui des petites bronches et des vaisseaux pulmonaires eux-mêmes; elle établit aussi que le cœur, complètement arrêté ou non, est frappé d'une atonie qui le rend accessible à un excès de dilatation parfois irréparable.

Les accidents cardiaques ne semblent pas aggravés par les lésions mitrales simples, sans myocardite, sans congestion pulmonaire, pas plus que par l'insuffisance aortique légère, si le myocarde est normal; ils prennent une importance beaucoup plus grande dans l'insuffisance tricuspidienne large, en raison des troubles circulatoires pulmonaires qui les accompagnent et dans l'altération nutritive du myocarde.

Ils se présentent avec leur maximum de gravité dans l'insuffisance aortique très large, surtout si celle-ci coexiste avec une myocardite : ici, le cœur peut être brusquement frappé d'une inhibition irréparable.

Les accidents respiratoires spasmodiques que produit l'irritation de la muqueuse naso-laryngée peuvent déterminer la mort chez les animaux dont le champ respiratoire est déjà notablement restreint par les lésions pleuro-pulmonaires étendues.

Parmi les moyens préventifs proposés contre les accidents nerveux réflexes de l'irritation initiale, en outre des précautions obligatoires, l'insensibilisation de la muqueuse naso-laryngée par la cocaïne paraît appelée à rendre des services sans exposer à aucun accident.

On ne pourrait en dire autant des anesthésies mixtes, surtout de la combinaison de morphine et de chloroforme, qui a souvent entraîné la mort à bas-bruit, sans extinction des mouvements respiratoires.

— M. CORNIL lit un rapport sur un travail de MM. Babès et Marinesco relatif aux *terminaisons nerveuses des muscles*. Les microbes déterminent dans les muscles des lésions qui rappellent celles qui se produisent dans les myopathies d'origine nerveuse et dans les myopathies primitives. Dans ces dernières, l'hypertrophie des parois vasculaires, l'oblitération des vaisseaux, l'endartérite, jouent un grand rôle pathogénique. Les altérations diverses des plaques terminales sont l'hypertrophie, l'atrophie avec parfois multiplication des noyaux, la disparition de la fibre nerveuse terminale.

M. GUÉNIOT discute l'observation de M. Thévard d'après laquelle l'utérus avait été simplement détaché de ses attaches vaginales. En examinant la femme, il est arrivé à cette conclusion qu'il y avait eu seulement une rupture à la partie antérieure à la jonction du corps et du col.

— M. Duplouy lit deux observations de *hernie ombilicale étranglée* dont la cure radicale a été suivie de succès. D'après ses recherches, sur 33 herniotomies ombilicales il y a eu 6 décès; soit 18,2 p. 100. Dans la hernie ombilicale étranglée, il faut agir comme dans toutes les autres hernies et faire la kélotomie quand les indications habituelles se présentent.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 juin 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Action tonique et excitante de la caféine. — Traitement de la rougeole maligne par les bains froids.*

M. Huchard a communiqué naguère à la Société un cas de rougeole maligne à forme ataxo-adynamique qui avait promptement guéri par la caféine en injections hypodermiques. Tous les états adynamiques sont justiciables de cette médication. Dès 1871, dans un travail en collaboration avec M. Desnos sur la myocardite varioleuse, M. Huchard arrivait à cette conclusion que la caféine agit sur la fibre cardiaque au même titre que l'électricité sur un muscle paralysé. Déjà, en 1863, Kochlakoff et Botkin, puis Jaccoud, en 1866, avaient utilisé la caféine pour son action sur le cœur, et surtout pour ses effets diurétiques. Mais ces auteurs ne l'ordonnaient qu'à la dose très insuffisante de 0 gr. 25 centigr.; dans les cas les plus graves, ils n'osaient dépasser 1 gramme. En 1882, M. Lépine reconnut que des doses plus fortes pouvaient être atteintes, et, commençant par 25 centigrammes, il arrivait à donner jusqu'à 2 et 3 grammes par vingt-quatre heures à des malades en asystolie. C'étaient d'ailleurs les mêmes quantités que M. Huchard ordonnait à cette époque. Ce n'est qu'à cette dose que la caféine agit comme tonique. En 1883, devant la Société de thérapeutique, et dans la thèse de Leblond (1883), M. Huchard a rapporté les effets remarquables qu'il avait obtenus par l'emploi de la caféine dans les fièvres typhoïdes les plus graves, dans les rougeoles malignes, en un mot dans tous les états adynamiques. La caféine agit comme tonique général, comme diurétique et comme tonique cardiaque. Cette triple action avait été très nette dans les pneumonies des vieillards et des débilités. Dans ces cas, si la maladie est au poumon, le danger est au cœur. La caféine est donc absolument indiquée. L'action de la caféine a encore été très heureusement utilisée chez des diabétiques; ces malades, toujours en imminence de fatigue et de surmenage, et toujours exposés aux accidents graves de l'intoxication acétonémique, peuvent à un moment donné tomber dans un état d'adynamie profonde que la caféine fera rapidement disparaître.

M. Huchard, qui insiste depuis huit ans sur les bons effets de ce précieux médicament, rappelle que Fonssagrives lui reconnaissait, il y a vingt ans, l'étrange propriété de produire une sorte d'orgasme musculaire se traduisant par une sensation d'alacrité corporelle et de « défatigue ».

M. Desnos reproche aux injections hypodermiques de caféine la douleur qu'elles causent et les abcès fréquents qu'elles déterminent.

M. Huchard : Les injections doivent être très profondes, intra-musculaires même. La douleur est ainsi très supportable et les abcès ne se produisent pas; depuis plus de huit ans, M. Huchard n'a eu que deux ou trois abcès, qui ont d'ailleurs guéri très rapidement.

— M. Dieulafoy a communiqué récemment un cas de rougeole maligne avec accidents adynamiques, qui avait guéri par les bains froids. Il rapporte aujourd'hui un cas semblable.

Il s'agit d'une jeune fille de 10 ans qui, le 9 mai dernier, présenta sur la face une éruption qui se généralisa le lendemain. M. Blache fut appelé et ne trouva ni fièvre, ni perte d'appétit, aucun catarrhe des muqueuses, pas de signes généraux. En présence de cette éruption morbilliforme ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme, M. Blache n'ordonna aucun médicament. Deux jours après, tout disparaissait, et pendant les trois jours qui suivirent, 15, 16 et 17 mai, la jeune fille fut en parfaite santé.

Mais le 18, au soir, elle fut prise d'une toux légère. Le lendemain, M. Blache constata de la raucité de la voix et quelques râles sibilants dans la poitrine, sans fièvre. Le 20 mai, la gorge était rouge, et le catarrhe oculaire et nasal s'accusait. Le 23, apparition d'une éruption nettement rubéolique avec élévation subite de la température (40°), malaise, vomissements, agitation extrême alternant avec une somnolence voisine du coma, 70 à 80 respirations par minute.

Le lendemain, 24 mai, M. Dieulafoy voit la malade et la trouve dans un état des plus graves : 80 respirations, 145 pulsations, 40° de température, agitation extrême, angoisse respiratoire, urines presque supprimées; le peu qu'on avait pu recueillir ne contenait pas d'albumine.

C'était donc là un cas de rougeole maligne, à forme ataxo-adynamique ; les bains froids étaient indiqués. A midi et demi, premier bain de dix minutes; l'eau d'abord à 26° est abaissée à 25°, puis à 24°, affusion sur la tête. La température s'abaisse à 39°5, le pouls et la respiration ne sont pas modifiés. A cinq heures, deuxième bain d'un quart d'heure. La température, qui était remontée à 40° revient à 39°5. A neuf heures, troisième bain; légère amélioration dans la respiration et le pouls, mais les râles ont augmenté dans le côté droit de la poitrine ; on entend là un foyer de râles fins qui font craindre la broncho pneumonie. Néanmoins les bains froids sont continués.

A deux heures du matin, quatrième bain. Avant celui-ci la température était remontée à 40°, l'agitation était extrême, le pouls battait 140, les urines étaient supprimées, en un mot l'état était aussi grave que jamais. Mais, après ce bain, une amélioration très sensible se produisit subitement. La température tomba à 39, la malade urina abondamment et s'endormit; la peau était moite, il n'y avait plus que 55 respirations et 125 pulsations.

Cinquième bain à cinq heures ; la température s'abaisse à 38°2. Les râles qui, la veille, faisaient craindre une broncho-pneumonie, ont complètement disparu.

On donna encore quelques bains, et, le surlendemain, la température était normale, l'état général absolument satisfaisant, la malade demandait à manger.

Il est à noter que cette rougeole grave avait été précédée d'une éruption prémorbilleuse; s'agissait-il d'une rougeole en deux temps? Le point est difficile à élucider. Une autre remarque très importante, c'est que le bain froid a fait cesser l'anurie. Cette action des bains froids dans toutes les maladies adynamiques a toujours frappé M. Dieulafoy. Or, la sécrétion urinaire est d'une importance extrême dans les maladies infectieuses. Que serait-il arrivé si, devant la menace de broncho-pneumonie, on avait appliqué le vésicatoire classique? Ce vésicatoire n'aurait-il pas supprimé ce qui restait de sécrétion urinaire?

Les bains froids ont même atténué les accidents pulmonaires. Dans certaines formes de broncho-pneumonie ou de pneumonie infectieuses, on pourrait donc employer les bains froids. M. Dieulafoy l'a fait du reste dans un cas qu'il communiquera plus tard.

Quant à l'éruption, elle n'a nullement été influencée ni dans sa durée ni dans son évolution; on ne risque donc pas de la voir « rentrer » sous l'influence des bains froids.

M. Juhel-Rénoy : Gignoux (de Lyon) a déjà prescrit des bains froids à des pneumoniques et a ainsi obtenu de véritables succès. A la suite de la première communication de M. Dieulafoy, M. Juhel-Renoy a cité un cas de rougeole grave avec broncho-pneumonie, traitée et guérie par les bains froids. Après ces bains l'éruption, qui ne s'était pas encore produite, avait semblé plus facile.

M. Féréol : La méthode des bains froids est excellente. On craignait autrefois la congestion pulmonaire chez les typhiques, sous l'influence de ces bains. Or, M. Féréol a traité deux cas de fièvre typhoïde avec complications pulmonaires non seulement par les bains, mais encore par l'application permanente de compresses d'eau froide au niveau des lésions; les deux malades ont guéri.

M. Huchard : Le pronostic n'est pas toujours aussi grave qu'on pense, même en présence d'accidents inquiétants, tels que ceux rapportés par M. Dieulafoy.

M. Huchard a vu, avec M. Millard, un cas semblable qui a très bien guéri par une

médication ordinaire. Ce sont des rougeoles pseudo-graves, qu'il est important de connaître, car elles ne nécessitent pas les bains froids.

Quant à l'éruption double, M. Huchard en a vu un cas chez une petite fille, observée avec M. André Petit. Quatre jours après la première éruption, la seconde apparaissait avec tous les caractères de l'éruption rubéolique. Il y a peut-être là deux maladies successives.

M. Rendu : A la Société de médecine de Berlin, on s'est récemment occupé du traitement de la pneumonie par les applications de glace. Les statistiques sont très favorables. Une condition du succès, c'est que l'application de la glace soit permanente.

Quant aux fièvres éruptives, le meilleur traitement est le bain froid, surtout quand il y a hyperthermie. Dans un cas d'érythème infectieux avec anurie, congestion pulmonaire et déterminations cardiaques, la guérison a été parfaitement obtenue par cette méthode. Il en a été de même dans trois cas de pneumonie franche.

M. Antony a traité par des applications de glace des pneumonies soit dans les pays chauds, où la maladie est extrêmement redoutable, soit à Paris. Il a toujours eu des résultats favorables.

M. Sevestre n'a jamais donné de bains froids dans la rougeole, mais des bains tièdes à 30 et 32°. Les résultats ont été excellents.

M. Dieulafoy : Le bain froid influence bien davantage la sécrétion urinaire ; c'est la médication énergique et qui doit être appliquée à tous les cas de maladies infectieuses graves avec symptômes adynamiques. Les bains tièdes sont simplement calmants.

M. Cadet de Gassicourt partage l'avis de M. Dieulafoy.

M. Juhel-Rénoy : Les statistiques de Liebermeister montrent que, dans la fièvre typhoïde, les bains froids sont bien supérieurs aux bains tièdes, puisque, avec ceux-là, la mortalité est moindre de 6 p. 100.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date des 6 et 7 juin 1890, MM. les docteurs Angeard (de Mareuil-sur-le-Lay) et Pourteyron (de Saint-Vincent-de-Connezac) ont été nommés officiers d'Académie.

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 juin 1890. — *Ordre du jour* : 1. Election d'un trésorier en remplacement de M. Perrin, démissionnaire. — 2. M. Abadie : Syphilis oculaire sénile ; présentation de malade. — M. Christian : Fracture de jambe chez un ataxique. Guérison rapide.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent l'appétit et relèvent rapidement les forces, notamment chez les vieillards et les convalescents.

AKSIR. *Élixir ferrugineux anisé.* Un verre à liqueur aux repas (*très agréable.*)

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE.** — Une cuillerée par repas.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c. ; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Échantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce ; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

Sommaire

BULLETIN

Le baccalauréat ès sciences restreint, spécialement institué pour les étudiants en médecine, a vécu, ou du moins va rentrer momentanément dans le néant, car on ne sait pas s'il n'en sortira pas quelque jour, comme le baccalauréat ès sciences, d'abord demandé aux étudiants en médecine, puis remplacé par le restreint. Pour le moment, le vent de réforme qui souffle autour de l'enseignement supérieur a enlevé le restreint. Sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, le Conseil de la Faculté de médecine a voté à l'unanimité cette suppression.

Mais, donnant donnant; en même temps qu'il proposait la suppression du restreint, le ministre demandait s'il n'y aurait pas lieu de le remplacer par un baccalauréat médical spécial. Cette idée paraît avoir été agréée par la Faculté, mais, pour sa réalisation, plusieurs difficultés se présentent : Quand seront faits les cours pour obtenir ce baccalauréat médical? Après un autre baccalauréat, ès lettres, par exemple. Où seront faits ces cours? A la Faculté des sciences ou à la Faculté de médecine? Bien entendu, la Faculté, par la voix de ses professeurs de sciences accessoires, les réclame pour elle. Le ministre ne s'étant pas prononcé à ce sujet, la Faculté

FEUILLETON

CAUSERIE

Quelques journaux médicaux et extra-médicaux, qui ont conservé, sans le moindre brevet ni diplôme d'ailleurs, la spécialité des attaques contre M. Pasteur, ont été très heureux de donner l'hospitalité dans leurs colonnes à un fait divers, vrai ou non, qui, à première vue, paraît très défavorable aux doctrines pastoriennes.

On sait qu'il existe à Odessa un Institut bactériologique érigé et entretenu par les soins de la ville. Le chef de cet Institut est le docteur Bardach, élève de Pasteur, disait-on, qui surveille la vaccination des bêtes contre le charbon et contre la peste sibérienne, d'après la méthode Pasteur.

Le gouvernement impérial russe a fait même envoyer des circulaires à tous les propriétaires fonciers du Midi de la Russie, les invitant à faire vacciner leur bétail. Les frères Pankvatjeff, deux millionnaires, ont laissé l'autre jour venir le docteur Bardach dans leurs propriétés pour vacciner leurs bêtes.

Mais le docteur s'est trompé de virus-vaccin et en deux jours moururent 3,552 moutons, 1,200 bêtes à cornes et quelques centaines de chevaux. Les propriétaires ont porté plainte contre l'Institut bactériologique, c'est-à-dire contre la ville d'Odessa et ont demandé des dommages-intérêts.

a cru devoir réserver son opinion jusqu'à plus ample informé. Car enfin, supprimés les cours, supprimés les professeurs!

En demandant quand seront faits ces cours pour obtenir le baccalauréat médical, j'avais en vue une autre réforme qui atteindrait les études classiques. L'année nécessaire pour préparer le baccalauréat médical sera-t-elle prise sur les études classiques ou sur les études médicales? Il paraît que ce seront les études classiques qui en souffriront; qu'on supprimera la philosophie, et que les examens du baccalauréat ès lettres seront passés à la fin de la rhétorique. Eh bien, voilà une réforme que je n'approuve pas beaucoup. Une année consacrée à l'étude sérieuse de la philosophie me paraît une excellente préparation aux études médicales.

Je n'entends pas dire par là que le médecin, ayant besoin d'une forte dose de philosophie dans l'exercice de sa carrière, ne doit entrer dans celle-ci qu'après avoir appris théoriquement ce qu'est un philosophe. Non; je ne me paye pas de mots, et la chose en elle-même est beaucoup plus compréhensive, si j'ose employer ce terme. On enseigne dans cette classe, aux élèves, à penser, à raisonner, à tirer les conséquences exactes d'un fait, à étudier au point de vue littéraire les fonctions cérébrales dont il apprendra plus tard la physiologie et les aberrations. Cette classe couronne utilement les études littéraires qui ont toujours été en honneur parmi les médecins, appelés à concourir, à discourir, à écrire dès leur sortie de l'école. Je la verrai disparaître avec ennui. J'aimerais beaucoup mieux qu'on raccourcît un peu les programmes des classes de cinquième, quatrième, troisième et seconde, qu'on répartît ces quatre classes en trois, et que l'on conservât intactes les classes de rhétorique et de philosophie, avec leur programme obligé de mathématiques, arithmétique, algèbre, géométrie, éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle. J'ai dit ailleurs que je voudrais un baccalauréat uniforme pour tous les élèves sortant des lycées, un baccalauréat d'études; puis viendrait une année de transition, consacrée à la préparation d'un baccalauréat spécial, qui servirait de porte d'entrée à la carrière choisie par l'élève: droit, médecine, lettres, sciences, etc.

Le procès vient d'être jugé ces jours-ci. L'avocat de la ville représenta les frères Pankvatjeff comme des gens qui ne comprennent rien à la science et ne savent pas l'estimer, « des gens qui osent attaquer le grand et célèbre savant Pasteur ». Bref, il plaida si bien, que non seulement les frères Pankvatjeff furent déboutés de leur plainte, mais le tribunal les condamna solidairement à une amende de 1,117 roubles (3,500 francs) et aux frais du procès pour leur apprendre à mieux estimer la science!

Voilà ce que racontent les journaux; mais ils font erreur en disant que le docteur Bardach était un élève de M. Pasteur. Elève à distance, alors, car il n'est jamais venu à ce titre dans les laboratoires de la rue d'Ulm ni de la rue Dutot.

Il serait d'ailleurs bien difficile, d'après les termes de ce simple racontar, de savoir exactement à quelle cause il faut attribuer la catastrophe.

* * *

Le prince de Bismarck passe pour avoir la réputation de penser pis que pendre de la profession médicale, et sa divergence d'opinion avec le professeur Frerichs, de regrettable mémoire, sur la pathologie et la thérapeutique de cet important organe politique, le foie, fut exprimée dans un langage plus familier peut-être aux controverses scientifiques qu'aux discussions diplomatiques. Il est probable que le grand homme d'Etat fut un patient réfractaire autrefois, mais une expérience amère semble lui avoir appris à ses dépens que de jeter les médicaments aux chiens n'est pas le meilleur traitement pour

Le nouveau baccalauréat en médecine serait l'un de ces baccalauréats spéciaux, aussi n'est-ce pas sans une certaine joie que j'ai vu le ministre de l'instruction publique faire cette proposition à la Faculté et la Faculté adopter la proposition du ministre.

Quand sera-t-elle mise à exécution? Bientôt, sans aucun doute. Les étudiants, une fois en possession de ce baccalauréat, seront-ils enfin débarrassés du cauchemar des sciences accessoires, et libres de se consacrer aux études médicales? Je l'espère et leur souhaite de tout cœur de ne plus être obligés de trembler à la seule pensée de passer ce fameux examen que... qui... dont... Ils me comprennent bien. — L.-H. P.

PÉDIATRIE ET PÉDAGOGIE

L'hygiène et les exercices physiques.

Il y a quelques jours, un sénateur traitant, à la tribune du Luxembourg, la question des réformes scolaires, critiquait incidemment l'appareil un peu trop théâtral dont s'entoure depuis deux ans la renaissance des exercices physiques dans nos établissements d'instruction, d'ailleurs avantageuse à tant de points de vue. Je ne suis pas éloigné de partager son avis.

Un peu plus de simplicité n'aurait pas nui, et il est peut-être à craindre qu'il n'en soit de cet enthousiasme surchauffé comme de celui qui naguère accueillit la création des bataillons scolaires : aujourd'hui l'opinion publique paraît s'être notablement refroidie au sujet de ceux-ci. On avait fait jouer nos enfants aux soldats, il faut prendre garde de ne pas les faire jouer aux athlètes forains et aux artistes de cirque. Le ton lyrique des articles consacrés par bon nombre de journaux aux récentes fêtes du Lendit n'était pas exempt de ridicule, et cette tentative pour restaurer des jeux olympiques à notre époque sent le sport et le cabotinage. (Le mot est de l'honorable sénateur et j'y souscris.)

---

les infirmités qui s'accroissent avec l'âge. C'est maintenant, si l'on en croit un reporter du *Daily Telegraph* qui eut l'honneur de l'interviewer, un patient modèle, se pliant avec l'obéissance la plus exemplaire aux conseils de son médecin, le professeur Schweninger.

Il y a quelques années, le prince était en train de devenir le plus gros, aussi bien que le plus grand homme de l'Allemagne; mais le docteur Schweninger lui enleva l'excès de sa graisse par l'application judicieuse de la méthode d'Œrtel, qui avait si bien réussi il y a quelques années à l'un de nos plus sympathiques chirurgiens. Celui-ci cependant a fini par y renoncer et a repris quelqu'embonpoint depuis. Les détails du régime diététique que suit actuellement M. de Bismarck peuvent intéresser ceux qui s'occupent encore du traitement médical de l'obésité.

« On me permet seulement, dit-il, de boire trois fois par jour, un quart d'heure après chaque repas, et chaque fois pas plus d'une demi-bouteille de vin rouge mousseux de la Moselle, très léger et sec. Le Bourgogne et la bière, que j'aime passionnément, me sont strictement défendus, de même que les vins du Rhin et d'Espagne, et même de Bordeaux. Depuis plusieurs années, je me suis totalement abstenu de toutes ces généreuses liqueurs, pour le plus grand avantage de ma santé et de mon état, au sens *sportif* du mot. Primitivement, je pesais plus de 108 kilogrammes, sans perdre rien de ma force, au contraire (exactement comme notre compatriote sus-cité). Mon poids normal est actuellement de 92 kilogrammes. Je me pèse tous les jours, par ordre du docteur, et si mon poids dépasse un peu ce chiffre, je me mets en devoir d'y remédier aussitôt par l'exercice et un régime spécial. Je fais une longue promenade à cheval ou à pied. J'ai

En lisant cette malicieuse sortie d'un père conscrit contre l'engouement du jour, je pensais que, même au point de vue médical, il y avait quelques critiques à formuler contre la manière dont on s'y prend pour réformer d'anciens abus.

C'est une banalité de dire que l'exercice est indispensable aux enfants, et certainement on en a fait trop bon marché depuis la Renaissance jusqu'à nos jours et particulièrement dans l'Université depuis la Restauration. Mais il y aura toujours une mesure à garder dans les exercices physiques imposés à la jeunesse. Si le législateur et le pédagogue ont le droit de ne penser qu'au bien général, c'est-à-dire à l'accroissement de la vigueur des générations à venir, le devoir du médecin est de s'inquiéter aussi de l'intérêt bien entendu de chaque individu; si les exercices violents sont favorables à la majorité des enfants et des adolescents, il est parmi eux une minorité respectable à laquelle ils ne sauraient convenir.

Il y a des gens qui raisonnent ainsi : « Tant pis pour les débiles! Condamnés qu'ils sont à succomber tôt ou tard dans le combat de la vie et pour la vie, autant vaut qu'ils succombent jeunes s'ils ne peuvent jamais devenir vigoureux. » Ce raisonnement ne me paraît pas médical; je l'ai depuis longtemps entendu soutenir par certains néo-spartiates, à propos de l'endurcissement au froid et de l'avantage qu'il peut y avoir à laisser nos petits Parisiens se promener jambes nues l'hiver *more britannico*. Je l'entends dans les mêmes bouches depuis la constitution de la Ligue pour l'éducation physique à propos des rallie-papier, du canotage et du bicycle.

Eh bien, dussé-je paraître un esprit chagrin et me faire classer par les emballés du Champ d'entraînement parmi les empêcheurs de... courir en rond, je déclare n'être pas convaincu de l'utilité qu'il y a à soumettre *tous* les enfants d'une génération à un système d'entraînement qui peut être excellent pour les chevaux de course. Je veux dire ceci : par suite de l'engouement qui se manifeste dans nos collèges pour les jeux violents et de l'émulation qu'on s'efforce de stimuler avec excès peut-être pour la réussite dans ces jeux, le fait d'être inhabile ou inapte à plusieurs d'entre eux devient

---

abandonné complètement l'usage du cigare, qui est débilitant et mauvais pour les nerfs. Je suis restreint à une longue pipe, qui heureusement a un fourneau profond; je la fume après chaque repas, mais je n'use jamais que du tabac hollandais, *Knaster*, qui est léger, doux et agréable. L'eau me fait engraisser, aussi je n'en bois pas. Cependant mon régime actuel me convient très bien. »

Si le prince de Bismarck, ajoute le reporter, s'était soumis aux conseils des médecins dans sa robuste jeunesse avec autant de facilité qu'il le fait aujourd'hui, forcément, il ne serait peut-être pas obligée de suivre actuellement un régime de vie aussi sobre dans sa vieillesse.

Voilà une réflexion bien philosophique. Si M. Prudhomme vivait encore, je suis sûr qu'il ne manquerait pas de s'écrier : « Toute la politique de M. de Bismarck a pour cause son régime de vie. Il ne tient tant à l'Alsace-Lorraine que pour pouvoir boire jusqu'à son dernier jour le vin mousseux de la Moselle, et il ne convoite tant la Hollande que pour fumer, sans crainte d'en manquer, ce bon tabac Knaster qui lui est si doux ».

Et voilà comment on écrirait l'histoire contemporaine!

*
* *

A ajouter aux histoires abracadabrantes qu'on nous raconte de temps en temps sur nos confrères d'Amérique.

non seulement une déception pour certains enfants, mais une humiliation. L'enfant ne se résout pas facilement à celle-ci ; il fait des efforts désespérés pour y échapper, et je vois poindre à brève échéance pour une catégorie d'enfants — la moins nombreuse, je le veux bien, mais non la moins intéressante, — un surmenage physique aussi réel — au moins — que le surmenage intellectuel.

Il faut améliorer progressivement les générations actuelles et à venir au point de vue physique, sans nul doute, mais il faut le faire avec mesure et ne pas vouloir imposer du jour au lendemain à nos enfants, surtout ceux des villes, un effort démesuré pour en obtenir à bref délai une transformation impossible.

Si je jette un coup d'œil autour de moi sur les enfants des familles bourgeoises qui peuplent nos lycées parisiens, j'en vois un bon nombre qui me paraissent incapables de subir sans danger l'entraînement qu'on a organisé depuis deux ans dans quelques-uns de ces établissements d'éducation.

Et si je soutiens cette opinion, en apparence réactionnaire, qu'on peut faire abus des jeux scolaires comme on a fait abus des devoirs scolaires, c'est que, depuis deux ans, j'ai vu plusieurs exemples notoires de cet abus.

J'ai vu des troubles cardiaques graves survenir chez des enfants qui, pour triompher dans la course, sont venus s'abattre au poteau d'arrivée anhélants et fourbus, mais fiers comme le soldat de Marathon; j'ai vu des ostéo-myélites dont la cause occasionnelle avait été un foot-ball ou un cricket dévergondé; j'ai soigné des typhlites causées par le bicycle, et des fièvres de surmenage, comme dit M. le professeur Peter, après un canotage passionné.

Ce que je voudrais donc, c'est qu'avant d'entraîner tous les enfants d'une classe, on prît l'avis préalable du médecin; c'est que chaque enfant fût examiné à ce point de vue au commencement de chaque année et qu'une sélection s'accomplît ainsi dès le début entre les enfants simplement délicats, capables de supporter un exercice assez violent et d'en tirer bénéfice, à condition qu'il soit gradué, et les enfants vraiment débiles, tarés d'une

---

Un médecin, praticien depuis cinquante ans, assistait une jeune femme bien portante, dans son second accouchement.

Celle-ci mit assez facilement au monde une petite fille bien conformée. Mais, au bout d'une demi-heure, comme le placenta ne sortait pas, le médecin se mit à en faire l'extraction. Les manœuvres délicates et douces ne suffisant pas, il employa de tels efforts qu'il dut recourir au chloroforme pour épargner à la patiente des douleurs d'une violence extrême.

Quoique l'état de la malade, qui s'affaiblissait, devînt progressivement plus alarmant, le médecin n'en continua pas moins les mêmes tentatives brutales pendant deux heures, sur ce qu'il croyait être un placenta adhérent. Un confrère ayant été appelé finalement en consultation, celui-ci s'écria : C'est une « inversion, » et après s'être entretenu à la hâte avec le premier, il demanda un couteau pour couper quelque chose ; il mit immédiatement de côté ce qu'il avait extrait, mais la malade mourut quelques minutes après. Le médecin traitant avait énucléé l'utérus au moyen des mains seules, le prenant pour le placenta ; le consultant, ayant immédiatement reconnu la gravité de la situation, avait excisé la matrice et l'avait emportée de façon à couvrir son ami. Des soupçons s'étant élevés au sujet du cas, une enquête établit ce qui s'était passé.

*
* *

Comme antithèse à la médication préconisée par M. Brown-Séquard, voici un médecin américain qui propose, pour régénérer l'espèce humaine,....... la castration. A la vérité,

façon quelconque par une imperfection organique irrémédiable, congénitale ou acquise, par une diathèse héréditaire ou une infection chronique.

Il faudrait que le médecin précisât pour chaque enfant, après connaissance prise de ses antécédents et examen organopathique minutieux, la somme d'exercice physique dont il est capable, et surtout le genre d'exercice qui lui convient : tel qui peut faire utilement sur place des exercices musculaires des membres, bien rythmés et avec une lenteur convenable, se trouvera mal de la course ou du vélocipède; à tel convient le saut, à tel autre la gymnastique des membres supérieurs.

Je crains que, jusqu'ici, on n'ait pas encore tenu un compte suffisant des aptitudes de chacun.

On s'est enfin avisé, parmi nos législateurs, que certains esprits seulement sont aptes à la culture littéraire classique, mais que, pour un plus grand nombre, elle est impraticable, inutile et, partant, nuisible, car il est aussi préjudiciable au cerveau de s'encombrer de notions inassimilables pour lui qu'à un estomac de s'emplir d'aliments dont la digestion lui est interdite. Je souhaite qu'on ne tarde pas plus longtemps à reconnaître qu'il y a des corps auxquels convient seulement tel ou tel exercice physique, d'autres auxquels est interdit tout excès dans tout exercice. Alors seulement tout ira bien et la Ligue de l'éducation physique aura la conscience en repos.

Je voudrais enfin que, après avoir trop adulé dans les lycées les forts en thème et donné des primes aux « bêtes à Concours général », qui n'étaient des bêtes que par métaphore, on ne tombât point dans l'abus contraire, qu'on ne créât point des « bêtes à Lendit », qui pourraient bien alors être des bêtes au sens littéral.

On peut offrir en modèle à la jeunesse l'homme qui a de bons muscles au service de son intelligence, mais ce serait un médiocre progrès, en 1890, que d'élever sur le pavois et de photographier pour la salle d'honneur du lycée le garçon qui n'a cultivé que ses muscles. On n'en est pas là, sans doute, mais il faut y prendre garde. P. LE GENDRE.

c'est comme moyen assez détourné, car c'est pour empêcher les criminels et certains aliénés de se reproduire. Il propose même la castration comme pénalité légale; cette manière de faire, croit-il, serait plus utile que la prison pour améliorer la race humaine et éviter sûrement l'hérédité criminelle. D'après lui, l'intérêt bien compris de la société exige ce mode d'intervention, car si son procédé était adopté, le nombre des dégénérés décroîtrait et parallèlement le nombre des crimes.

* *

D'un livre nouvellement paru de M. Albert Meyrac, *Traditions, légendes et contes des Ardennes*, l'*Union médicale du Nord-Est* extrait quelques recettes médicales encore employées dans cet heureux pays.

Pour guérir un lumbago, il suffit d'appliquer sur la partie malade une patte de lièvre enfermée dans un petit sac.

Quand un enfant a des convulsions, jetez son bonnet au feu, les convulsions disparaissent aussitôt.

Pour guérir de la gale, lavez-vous avec de la rosée tombée pendant la nuit de la Saint-Jean.

Contre le mal de dents, il faut prendre un clou tout neuf et l'introduire dans la partie cariée, jusqu'à ce que la pointe du clou soit rougie par le sang; vous courez alors vivement enfoncer le clou, d'un seul coup de marteau, dans le tronc d'un jeune arbre, et vous êtes guéri.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 juin 1890. — Présidence de M. Abadie.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit : les journaux et revues de la quinzaine ; les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, année 1888-89.

— M. Trousseau lit un mémoire intitulé : *Débuts oculaires da la goutte et du rhumatisme.* (Sera publié.)

M. Duroziez : Je suis très étonné de voir une attaque de goutte arriver à l'âge de 32 ans, sans que l'on ait rien trouvé dans les antécédents du malade ni chez ses ascendants. Je ne comprends pas non plus que l'on renonce si facilement de nos jours aux anciens errements, c'est-à-dire à un traitement local énergique. Autrefois je voyais appliquer autour de l'œil un grand nombre de sangsues, 40, 50, 60, — pratique qui était loin d'être mauvaise, — des vésicatoires, etc. Tous ces moyens semblent trop négligés actuellement, et je crois que c'est à tort.

M. Besnier : Entre le diagnostic porté par M. Trousseau et le traitement qu'il a institué, il me paraît exister une contradiction : le traitement général antigoutteux n'a servi de rien, le traitement local a amené la guérison. Il me semble que le caractère spécial de la lésion serait mieux démontré si elle avait cédé au traitement spécifique.

M. Abadie : M. Trousseau a eu raison de signaler ces formes particulières d'iritis, de sclérites de nature rhumatismale ou goutteuse qui sont souvent les premières manifestations de ces deux diathèses. En présence d'une iritis, d'une irido-choroïdite, nous n'avons aucun moyen ni objectif ni subjectif pour déterminer sa véritable nature et nous sommes obligés alors, par un examen minutieux du sujet, de chercher quelques symptômes révélateurs. Or, parfois, cette enquête, si bien conduite qu'elle soit, aboutit à un résultat négatif, le malade semblant avoir joui de la santé la plus parfaite jusqu'au jour où s'est montrée l'affection oculaire. On comprend, dès lors, combien le diagnostic devient embarrassant, la nature de la maladie restant indéterminée. J'ai pour habitude, en pareil cas, d'associer les frictions mercurielles au salicylate de soude administré à l'intérieur, et, d'ordinaire, je me trouve bien de cette médication.

Quand une femme accouche, il faut pour l'empêcher de souffrir lui passer autour du cou un collier fait de tout petits morceaux du cierge pascal.

Pour guérir la colique, il suffit de mettre des poils de baudet en croix sur le ventre, juste au moment où les souffrances sont les plus fortes. Mais il faut que le baudet ait au moins vingt ans et n'ai jamais reçu de coups de bâton.

Sevrez-vous un enfant et voulez-vous empêcher que le sevrage lui soit nuisible ? Il faut le faire sortir de la maison le dos en avant en même temps que l'on met au cou de la mère un collier de treize bouchons de liège.

J'en passe et des meilleures. Inutile de dire que le médecin n'est appelé, chez beaucoup de paysans, que quand ces recettes populaires ont échoué. Trop heureux si on ne lui préfère la *sagneuse*, le rebouteur ou l'uromancien ! Mais comment trouvez-vous ce baudet âgé de 20 ans qui n'aurait jamais reçu de coups de bâton ? Ou plutôt, où le trouverez-vous ?

Simplissime.

Pommade contre la fissure a l'anus.

Acide borique	3	grammes.
Chlorhydrate de cocaïne	1	—
Lanoline	30	—

F. s. a, une pommade, avec laquelle on panse plusieurs fois chaque jour la fissure à l'anus, après qu'elle a été cautérisée énergiquement à l'aide du nitrate d'argent. — N. G.

M. Trousseau : C'est précisément parce que chez mon malade il n'y avait pas d'antécédents héréditaires goutteux qu'il m'a paru intéressant de rapporter son observation. Beaucoup de médecins l'avaient vu avant moi, aucun n'avait trouvé de goutte. Auss grand a été l'étonnement quand, au quatrième jour d'un séjour à Vichy, il fut pris d'une attaque caractéristique. J'ajouterai que nous avions essayé tous les traitements locaux, comme nous le faisons d'habitude.

— M. Abadie commence sur la *Syphilis oculaire sénile* une communication dont la suite est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Polaillon montre une photographie prise sur une jeune femme qu'il a opérée avec succès d'une division congénitale du voile du palais. (L'observation sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Concours du clinicat médical et des maladies des enfants. — Juges : MM. Jaccoud, Bouchard, Dieulafoy, Debove, Grancher. — Candidats : MM. Ménétrier, Belin pour le clinicat médical, et MM. Louis Guinon et Martin de Gimard, pour le clinicat des enfants.

Ordre des séances :

Mercredi à neuf heures, à la Charité. — Jeudi à huit heures, à la Charité. — Samedi à neuf heures, à la Charité. — Mardi, aux Enfants-Malades.

— Mercredi dernier s'est ouvert le concours obstétrical.

Juges : MM. Le Fort, Guyon, Tarnier, Lannelongue, Pinard. — Candidats : MM. Demelin, Lepage, Potocki, Varnier.

Hospice général de Tours. — La commission administrative donne avis qu'un concours sera ouvert le lundi 15 décembre 1890, à l'hospice général de Tours, pour un emploi de médecin-adjoint à l'hôpital civil.

— On va créer à New-York un second hôpital de femmes exclusivement administré par des femmes comme administrateurs et comme médecins. Ce sera le huitième établissement de ce genre qui fonctionnera aux Etats-Unis, où des établissements médicaux confiés aux femmes existent déja à New York, à Philadelphie, à Boston, à Chicago, à San Francisco, à Cincinnati et à Minneapolis.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 29 juin, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diatase*), Dyspepsies, etc., etc.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD.** — 2 cuillerées par jour.

TRIBROMURE DE GIGON. — Epilepsie, Hystérie, Névroses.

VACCIN DE GÉNISSE (pulpe). Le tube pour 4 personnes : 0 fr. 75 c.; pour 20 personnes : 1 fr. 50 c. (en mandat.) — Echantillon gratuit. — Dr Chaumier, Tours.

Quinquina soluble Astier (*Quinquina jaune royal granulé*) représente exactement son poids d'écorce; complètement soluble dans l'eau et le vin. — *Fièvres, anémie.*

Fin du Tome XLIX (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLIX

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1890.

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

Paris. — Imprimerie Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.